SĂNĂTATEA REPRODUCERII

GHID PRACTIC

pentru medici și asistente de familie

GRIGORE BIVOL • OLGA CERNEȚCHI
BORIS GÎLCA • NATALIA ZARBAILOV
TATIANA BUZDUGAN • VERA MELNICIUC

SĂNĂTATEA REPRODUCERII

GHID PRACTIC

pentru medici și asistente de familie

Editura GUNIVAS
Chișinău, 2005

CZU 613.88+314.186(075)
S19

Ediție avizată de:

Consiliul Metodic Central al USMF „N. Testemițanu” din 20 mai 2004
(președinte – profesor universitar Petru Galețchi)

Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății din 11 noiembrie 2004
(secretar științific – Adela Stamati)

Asociația Obstetricienilor-Ginecologi din Republica Moldova din 27 noiembrie 2004
(președinte – profesor universitar Valentin Friptu)

Autori:
Grigore BIVOL, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“, șef al Catedrei de Medicină de Familie, doctor în medicină, profesor universitar; *Olga CERNEȚCHI*, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“, șef al Catedrei de Obstetrică și Ginecologie pentru Medici de Familie, doctor habilitat în medicină, profesor universitar; *Boris GÎLCA*, coordonator de programe Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA); *Natalia ZARBAILOV*, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“, doctor în medicină, asistent universitar; *Tatiana BUZDUGAN*, medic obstetrician-ginecolog, profesoară la Centrul de Educație Profesională din Chișinău; *Vera MELNICIUC*, medic-ginecolog, Șeful Centrului Sănătății Femeii „Dalila“ din Chișinău.

Consultanți:
Gheorghe PALADI, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“, Catedra Obstetrică și Ginecologie pentru Medici de Familie, academician, doctor habilitat în medicină, profesor universitar; *Vasile MORCOV*, vicedirector al Dispensarului Municipal Dermato-Venerologic din Chișinău; *Maria TĂRUȘ*, șefa Direcției „Asistență Medicală Mamei și Copilului“, Ministerul Sănătății și Protecției Sociale.

Recenzenți:
Ludmila EȚCO
Nicolae FRUNZE

Responsabil de ediție:
Oxana GAVRILIȚA

Redactor: *Alexei Palii*
Coperta: *Mihai Bacinschi*
Tehnoredactor: *Sergiu Vlas*
Corector: *Elena Istrati*

Această ediție apare cu sprijinul UNFPA – Fondul Națiunilor Unite pentru Populație.

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Sănătatea reproducerii: Ghid practic pentru medici și asistente de familie/ Grigore Bivol, Olga Cernețchi, Boris Gîlca,... – Ed. a 2-a. – Ch.: Gunivas, 2005 (Tipogr...). – 220 p.

ISBN 9975-908-58-6
3000 ex.

613.88+314.186(075)

ISBN 9975-908-58-6

Societatea umană există datorită capacității de perpetuare a vieții prin funcția reproductivă. Însă procesele socio-economice și politice, care au avut loc și mai continuă în Republica Moldova au dus la înrăutățirea sănătății reproductive. Numărul sporit de avorturi, începutul precoce al vieții sexuale, răspîndirea bolilor sexual-transmisibile – toate au contribuit la deteriorarea sănătății de procreare. Astăzi este necesar ca medicii și asistentele medicale să cunoască bine situația creată și să participe activ la ameliorarea funcției reproductive.

Acest ghid, în principal, este consacrat unor procese fiziologice cum ar fi reglarea neuro-hormonală a ciclului menstrual, sănătății reproductive, precum și factorilor negativi care influențează procesele procreative ale femeii.

Luînd în considerare numărul de avorturi artificiale care se înregistrează în Republica Moldova, autorii recomandă potențialelor paciente metode de prevenire a sarcinii nedorite descriindu-le în detalii. Medicii și asistentele de familie, consultînd acest ghid, vor avea posibilitatea de a însuși metodele de contracepție, luînd în calcul indicațiile și contraindicațiile. Autorii demonstrează aspectele pozitive și cele negative ale diferitelor metode contraceptive (hormonale, intrauterine, chirurgicale, metode de barieră, de urgență).

Foarte importante sînt recomandările pentru prevenirea sarcinii la adolescente, la femeile care se află după avort sau după naștere.

Un compartiment aparte este consacrat contracepției la femeile cu probleme de sănătate: contracepția și cancerul mamar, cancerul de col uterin.

Un interes susținut prezintă capitolul despre perioadele de menopauză – folosirea terapiei de substitute.

În ghid sînt incluse și materiale demonstrative ce oferă cititorului posibilitatea de a însuși mai bine metoda prezentată.

În temeiul celor expuse, consider că acest ghid va lărgi cu mult volumul de cunoștințe al medicilor și asistentelor de familie, contribuind substanțial la ameliorarea sănătății reproductive a societății noastre.

Acad. Gheorghe Paladi

Sînt convinsă de faptul că activitățile UNFPA în Republica Moldova contribuie la îmbunătățirea mediului politic, la introducerea serviciilor de calitate în sănătatea reproducerii și planificarea familială, în asistența medicală primară, precum și la sporirea accesului întregii populații, în special al persoanelor din mediul rural și al celor dezavantajate, la aceste servicii.

Apreciez mult posibilitatea oferită de a recenza acest ghid practic, destinat medicilor de familie și asistentelor medicale.

Primiți înaltele mele considerațiuni.

Cu respect,

Ludmila Ețco,
directorul IMSP ICȘOSM și C
dr. hab. în medicină, profesor

Îmi face deosebită plăcere să contribui, în măsura posibilităților, la realizarea prevederilor Proiectului UNFPA „Sprijin pentru îmbunătățirea informației și a serviciilor integrate în domeniul sănătății reproductive în Republica Moldova".

Sînt convins de faptul că realizarea acestui proiect va avea un efect benefic asupra indicilor fundamentali de sănătate a populației, va diminua tensiunile sociale și va îmbunătăți calitatea vieții multor familii.

Am studiat cu un deosebit interes informația expusă în prezentul ghid pentru medicii de familie și asistentele medicale și susțin utilizarea lui în calitate de suport informațional pentru specialiștii menționați.

Cu deosebit respect,

Nicolae Frunză,
consultant al Direcției Principale Tehnologii Medicale
și Asigurări în Medicină al Ministerului Sănătății,
doctor în medicină

Prefață

Schimbările economice care au avut loc în mai multe țări aflate în perioada de tranziție, inclusiv în Republica Moldova, au afectat procesul demografic și au condus la deteriorarea sănătății populației prin : scăderea sporului natural, mărirea ratei mortalității materne și infantile, creșterea numărului de avorturi și de cazuri de infertilitate, răspîndirea infecțiilor cu transmitere sexuală, inclusiv HIV/SIDA, lipsa de informație despre planificarea familială și cunoștințele modeste ale cadrelor medicale în acest domeniu.

Au trecut zece ani de la Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare din Cairo, în cadrul căreia guvernele țărilor participante, inclusiv cel al Republicii Moldova, și-au asumat responsabilitatea de a se implica în oferirea de servicii de calitate de planificare familială și sănătate reproductivă.

De atunci, UNFPA - Fondul Națiunilor Unite Pentru Populație - a susținut Republica Moldova în acțiunile sale de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate reproductivă pentru populație : a fost efectuată perfecționarea cadrelor medicale, în special a medicilor de planificare familială, a medicilor și asistentelor de familie, au fost distribuite în mod gratuit contraceptive modeme grupurilor sociale vulnerabile prin rețeaua de cabinete de planificare familială, au fost inaugurate centre noi de sănătate reproductivă, sînt susținute programe de informare, educare și comunicare în domeniul planificării familiale și sănătății sexuale și reproductive.

În definirea oricărei strategii pentru o dezvoltare socio-economică durabilă populația reprezintă elementul central. Stabilirea accesului liber și universal al populației la servicii medicale de calitate, inclusiv de sănătate a reproducerii, trebuie să constituie un obiectiv prioritar.

Susțin cu certitudine că soluțiile optime în ceea ce privește edificarea unui viitor mai bun pentru populația Republicii Moldova vor fi identificate și promovate în cel mai rezonabil mod de toate Agențiile ONU în parteneriat cu instituțiile guvernamentale și cu alte organizații internaționale. Îmi exprim convingerea că prin eforturile noastre comune vom asigura accesul populației la servicii medicale de calitate, precum și realizarea obiectivelor de dezvoltare ale mileniului și a altor obiective naționale orientate spre beneficiul populației din Republica Moldova.

Sper că prezentul Ghid va contribui la consolidarea cunoștințelor cadrelor medicale și la îmbunătățirea calității serviciilor de planificare familială și sănătate reproductivă acordate populației.

Dr. Pier Sieben,
Director UNFPA pentru Republica Moldova

Cuprins

Lista abrevierilor

ADN – Acid dezoxiribonucleic
ARN – Acid ribonucleic
BIP – Boli inflamatoare pelviene
Ca in situ – cancer în situ
CEPSR – Celule epiteliale pavimentoase cu schimbări reduse
CI – Conexiunea inversă
CIC – Contracepție injectabilă combinată
CIN – Neoplazie intraepitelială cervicală
CM – Ciclu menstrual
CNP – Contraceptive numai cu progestageni
COC – Contracepția orală combinată
CPI – Contracepția cu progestageni injectabili
CPP – Contracepția cu progestageni puri
Crio – Criodistrucție cu protoxid de azot, bioxid de carbon, azot lichid
DEC – Diatermo electrocoagulare a colului uterin
DEEC – Diatermo electroexcizia colului
DIU – Dispozitiv intrauterin
DMPA – Depo-medroxyprogesteron acetat (Depo-Provera)
EE – Etinil estradiol
FTA – Fluorescent trepopnemal antibody (reacții de depistare a anticorpilor treponemici)
FTA-abs – Absorbtion
GnRH – Gonatropin Releasing Hormone
Hb – Hemoglobina
HFS – Hormon foliculo-stimulent
HIV – Virusul imunodeficienței umane
HL – Hormonul luteinizant
HS – Herpes simplex
HTA – Hipertensiune arterială
HTLV – Virusul T. limfotrop ce nu provoacă SIDA
IFA – Reacția antigen imunofluorescentă
INP – Injectabile numai cu progestagen
ITS – Infecție cu transmitere sexuală
ITU – Infecții ale tractului urinar
Laser CO2 – Electroexcizie cu Laser
LCR – Lichidul cefalorahidian
LICP – Leziuni intraepiteliale ale celulelor pavimentoase (scuamoase)

LSD – Lipoproteinele colesterolului cu densitate înaltă
LSDJ – Lipoproteinele colesterolului cu densitate joasă
MAL – Metoda amenoreei de lactaţie
OMS – Organizaţia Mondială a Sănătăţii
ON – Oxid nitric
PF – Planificarea familiei
PNP – Pilule numai cu progestagen
POP - Pastile orale numai cu progestative
RPL – Reacţie de polimerizare în lanţ
RPR – Rapid plasma Reagen
SIDA – Sindromul imunodeficienţei achiziţionate
SUDC – (pag. 36, al. 2, de jos)
TA – Tensiune arterială
THS – Tratament hormonal de substituţie
TPHA – Reacţie de hemaglutinare a treponemei palide
VDRL – Venerial ditease research laboratory
VHS I – Virus Herpex Simplex I
VHS II – Virus Herpex Simplex II
VPU –Virusul papilomului uman

CAPITOLUL I

Sănătatea reproducerii, sănătatea sexuală

Sănătatea reproductivă este o stare bună fizică, mintală și socială presupunînd mai mult decît absența bolii sau a infirmității legate de îndeplinirea funcției reproductive. Sănătatea reproducerii este o parte componentă a sănătății societății și include sănătatea sexuală care este, la rîndul ei, o bunăstare fizică, psihică și socială. Sănătatea reproducerii presupune libertatea oamenilor de a avea o viață sexuală satisfăcătoare și fără risc, precum și cea de a alege timpul și frecvența reproducerii. Ultima condiție presupune dreptul femeii și al bărbatului de a cunoaște și de a alege metode sigure, eficiente și accesibile de contracepție, dreptul de a avea acces la serviciile de specialitate, care le-ar garanta femeilor o sarcină și naștere reușită și, respectiv, le-ar oferi cuplurilor garanția și bucuria de a avea un copil sănătos. În contextul celor expuse mai sus, sănătatea reproductivă presupune existența și aplicarea unui complex de metode, mijloace și servicii ce ar preveni și înlătură toate problemele legate de acest tip de sănătate. Sănătatea reproducerii include și sănătatea sexuală, care asigură existența unor relații interpersonale armonioase. Acestea din urmă se datorează, în mare măsură, serviciilor consultative și medicale de calitate.

De fapt, sănătatea reproductivă reflectă starea sănătății din adolescență și cea din maturitate. La fel, ea o determină și pe cea a vîrstei postreproductive, situație valabilă atît pentru femei, cît și pentru bărbați. Elementul reproductiv al sănătății ia amploare în perioada adolescenței și, în plus, la femei – la vîrsta reproductivă. Starea sănătății reproductive din această perioadă se va răsfrînge și asupra sănătății persoanelor de vîrsta a treia.

Sănătatea reproductivă este rezultatul unor servicii de sănătate calitative, dar și a altor factori, cum ar fi: calitatea vieții, starea materială, educația, condiția socială, relațiile din familie, din societate și dintre sexe. Respectiv, comportamentul sexual și cel reproductiv depinde atît de factorii biologici, cît și de cei sociali sau psihosociali. Majoritatea problemelor sănătății reproductive nu pot fi rezolvate în lipsa serviciilor, a cunoștințelor și a deprinderilor medico-sanitare. De fapt, sănătatea reproductivă presupune posibilitatea de a avea un copil sănătos la timpul dorit, dar și cea de a evita sarcinile nedorite sau cele cu risc.

Povara problemelor sănătății reproductive revine, în mare măsură, femeilor. Ele sînt cele supuse riscului complicațiilor în timpul

sarcinii și al nașterii, riscului prevenirii unei sarcini nedorite, ele suportă consecințele unui avort efectuat în condiții de nesiguranță, sînt supuse riscului infecțiilor cu transmitere sexuală și sînt cele care folosesc, de cele mai dese ori, contraceptive. Sănătatea reproductivă a femeilor mai este afectată, în mare parte, și de restricțiile sociale, economice și politice din țară.

Sexualitatea umană și relațiile, uneori necontrolate, dintre sexe afectează sănătatea reproductivă a femeii și a bărbatului. În această situație, medicii rămîn a fi cei care trebuie să ofere persoanelor cît mai multă informație despre viața sexuală sănătoasă, să consilieze și să acorde suportul necesar pentru a asigura o sexualitate satisfăcătoare și fără risc. Aceasta este responsabilitatea pe care trebuie să și-o asume asistența etico-sanitară.

E necesar, de asemenea, ca și programele de sănătate reproductivă să conțină soluții pentru multiplele probleme de planificare familială, mortalitate maternă, sarcini nedorite, ITS, HIV/SIDA, de violență între sexe, de sterilitate, alimentație insuficientă, anemie, maladii infecțioase și oncologice ale tractului reproductiv ș.a. Astfel, sănătatea reproductivă poate fi protejată prin intermediul unor acțiuni sociale și medicale. Ea presupune și posibilitatea femeii de a-și controla propria viață, fiindu-i asigurat accesul la resurse, la educație și la o muncă remunerată.

Aceleași condiții sînt valabile și pentru planificarea familiei, care, la fel, prevede accesul liber al femeilor la servicii sigure și fără risc:

- Pe durata sarcinii, în timpul nașterii și după naștere;
- Alegerea și utilizarea metodelor sigure de contracepție (de reglare a fertilității);
- Întreruperea sarcinii;
- Prevenirea, depistarea și tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală;
- Tratamentul inflamațiilor organelor bazinului mic;
- În perioada de maturizare sexuală și în menopauză.

Planificarea familială ajută cuplurile să-și regleze și să-și controleze fertilitatea. Ea le oferă posibilitatea de a avea copii atunci cînd doresc, de a-i naște și crește în siguranță.

În secolul al XIX-lea, Semmel Weis a descoperit că numărul deceselor din cauza febrei puerperale a fost mai mare la femeile care au fost asistate la naștere de studenții de la medicină, decît la cele care au născut cu ajutorul moașelor, astfel a fost pusă baza epidemiologiei. Epidemiologia aplică studiul tipologiei maladiei per-

soanei, al sănătății și comportamentului ei. Epidemiologia sănătății reproducerii aplică acest sistem de studiu pentru problemele de maximizare a sănătății femeilor și a bărbaților și servește drept reper medicinii bazate pe dovezi în materie de reproducere. Epidemiologia reproducerii își are originile în demografie. Schimbările de-a lungul istoriei în rîndul populației, precum și cele ale modelelor de sănătate, ale tipurilor de maladii, au influențat direct mortalitatea, fertilitatea, natalitatea și alți indicatori ai sănătății reproducerii.

CAPITOLUL II

Consilierea în probleme de contracepție. Principii generale. Ajutor. Abilități și tehnici de consiliere

Consilierea în probleme de sănătate a reproducerii se realizează prin relația de comunicare dintre consilier și client, în condiții de confidențialitate, în vederea identificării nevoilor clientului, informării sale și a evaluării deciziilor pe care acesta le va lua pentru asigurarea sănătății reproducerii.

Consilierea în probleme de contracepție reprezintă un proces de dublă comunicare dintre consilier și pacient. Scopul consilierii este de a-l ajuta pe pacient să identifice necesitățile ce vizează sănătatea reproducerii și să aleagă o metodă corectă de contracepție. Această consiliere include și consilierea privitoare la sarcină, la sănătatea sexuală, la prevenirea bolilor cu transmitere sexuală. Consilierea pentru contracepție ajută la:

- luarea unor decizii corecte de către pacient și la aplicarea în practică a propriilor opțiuni care, în final, vor asigura sănătatea reproducerii și planificarea familială;
- buna informare și alegerea metodei de contracepție;
- utilizarea corectă și sigură a metodei alese;
- depășirea anxietății și luarea deciziilor adecvate în cazul apariției unor probleme;
- sporirea satisfacției pacienților/clienților.

Consilierea presupune discuții, schimb de informații și de idei, respect față de pacient, acordarea ajutorului solicitat de pacient. Este o activitate dificilă și necesită o instruire specială. Un consultant profesionist trebuie să-și asculte atent pacinetul, să răspundă la toate întrebările și îngrijorările sale, într-un timp relativ scurt.

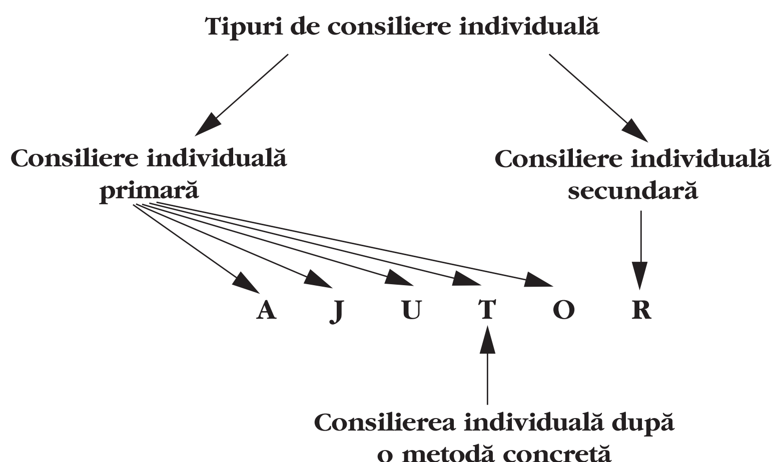
2.1. Elementele consilierii. Principii generale

Consilierea conține o serie de elemente avînd următoarele obiective:

- Formarea atitudinii de acceptare a “pierderii“ autorității în fața clienților și de împărțire a responsabilităților cu aceștia;
- Pozitivism, deschidere, alteritate, siguranță, toleranță, tact etc.;
- Formarea deprinderilor de creare a climatului pozitiv;
- Respectarea drepturilor clientului;
- Identificarea barierelor apărute în calea unei consilieri eficiente;

- Recunoaşterea dificultăţilor unei comunicări ineficiente;
- Asigurarea confidenţialităţii şi realizarea importanţei ei;
- Dobîndirea abilităţilor de comunicare;
- Dezvoltarea abilităţilor necesare pentru alegerea şi transmiterea mesajului;
- Dezvoltarea abilităţilor de ascultare activă;
- Conştientizarea importanţei limbajului nonverbal;
- Respectarea congruenţei dintre limbajul verbal şi cel nonverbal, exprimarea sentimentelor;
- Oferirea informaţiei corecte, complete despre toate metodele de contracepţie;
- Dezvoltarea abilităţilor de rezolvare, de separare şi de ierarhizare a problemelor, de identificare a ceea ce este important, esenţial.

2.2. Tipuri de consiliere individuală



Consilierea individuală primară are loc atunci cînd pacientului i se descriu toate metodele de contracepţie, pentru a-l ajuta să o aleagă pe cea mai potrivită.

Consilierea individuală asupra unei metode concrete are loc atunci cînd pacientul primeşte recomandări despre o anumită metodă de contracepţie.

Consilierea individuală secundară are loc atunci cînd medicul sau asistenta discută cu pacientul despre experienţa utilizării metodei alese.

2.3. Etapele consilierii individuale. Consilierea după modelul AJUTOR* (șase pași)

A	ATENȚIE ȘI SALUT
J	JALONAREA PROBLEMELOR
U	UN SPECTRU LARG DE INFORMAȚII
T	TRATAREA METODEI ALESE
O	O CONCRETIZARE, O TOTALIZARE
R	REVENIRE ȘI CONTROL

A – Atenție și salut

- Întîmpinați și salutați primul clientul.
- Salutul trebuie să fie deschis și sincer, priviți-l în față pe pacient, stabiliți contactul vizual, zîmbiți, dacă este cazul. Salutul și zîmbetul din primele 20 de secunde vă vor ajuta să stabiliți o atmosferă plăcută pe perioada consilierii.
- Oferiți-i clientului toată atenția. Dacă sînteți ocupat pe moment, cereți-vă scuze și rugați-l să aștepte puțin, deși este recomandabil să lăsați la o parte alte activități. Deci, nu este bine să completați diferite acte, să vorbiți la telefon sau să discutați cu alte persoane în timp ce aveți în birou un client. Fiți amabil, prietenos și respectuos.
- Întrebați-l pe client cum îi puteți fi de ajutor. Țineți minte că într-o ședință de consiliere puteți soluționa cel mult o problemă. Dacă nu sînteți persoana competentă pentru rezolvarea problemei clientului, recomandați-i alt specialist.
- Asigurați-i confidențialitatea discuției. Explicați clientei (clientului) modalitatea completării și a păstrării documentației în instituția medicală în care activați, cine și în ce caz poate avea acces la cartela sa medicală. Discutați despre posibilitățile de testare anonimă.
- Dacă este necesar un examen clinic sau alte investigații, informați-l pe client din timp.
- Descrieți-i regulile de păstrare și de prelucrare a instrumentarului medical, respectate de instituția în care activați.
- Evitați să vorbiți cu el în prezența unor "străini", chiar dacă aceștia vă sînt colegi!

---

* Dreptul de autor asupra modelului AJUTOR aparține dr. Boris Gîlca și dr. Simion Sîrbu, anul 2000.

J – Jalonarea problemelor

- Aflaţi care este motivul venirii clientului la dvs.
- Fiţi tacticos şi politicos atunci cînd puneţi întrebări despre sănătatea lui reproductivă şi sexuală.
- Nu uitaţi că este vorba, totuşi, de viaţa intimă a unei persoane.
- Puneţi-i întrebări deschise, ce presupun un răspuns desfăşurat.
- Evitaţi întrebările închise, sugestive şi cele ce conţin cuvintele „de ce?“.
- Interesaţi-vă ce părere are partenerul său (partenera sa) despre sănătatea reproducerii.
- Ajutaţi clientul să-şi exprime:
  – sentimentele;
  – dorinţele;
  – preocupările;
  – îngrijorările;
  – întrebările.
- Atunci cînd clientul vă vorbeşte, fiţi atent şi la limbajul corpului său.
- Întrebaţi clientul despre experienţele şi cunoştinţele sale în utilizarea contraceptivelor, despre avort, ITS. Puneţi întrebări simple, deschise şi scurte. Nu vă jenaţi să discutaţi despre aceste subiecte, dar păstraţi, totodată, politeţea şi explicaţi pacientului cu ce scop solicitaţi anumite precizări sau detalii.
- Evaluaţi riscul ITS. Pentru aceasta, e recomandabil să formulaţi întrebările în felul următor: *Aveţi un prieten?*, *De cît timp îl cunoaşteţi?*, *Cîţi parteneri sexuali aveţi?*, *Dar partenerul dvs.?*. Spuneţi-i clientului pentru ce este nevoie de această informaţie. Stabilirea riscului de contaminare a ITS vă va ajuta să alegeţi metoda de contracepţie potrivită.
- Încurajaţi-l să vorbească, dar, atenţie!, nu-l grăbiţi. Folosiţi un limbaj accesibil, simplu şi clar pentru client.
- Interesaţi-vă de planurile lui pentru viitorul apropiat: îşi doreşte un copil, vrea să amîne sarcina sau să spaţieze naşterile.
- Ascultaţi atent şi verificaţi cine conduce discuţia! Observaţi cît timp vorbiţi dvs. şi cît timp vorbeşte clientul. E necesar să solicitaţi anumite precizări atunci cînd nu vă este clar un detaliu.
- Arătaţi interes şi înţelegere pe durata întregii discuţii. Menţineţi contactul vizual, dar nu fixaţi privirea pe client, pentru că-i veţi crea disconfort.

- Demonstrați interes sincer, recurgînd la anumite metode ale limbajului nonverbal: aplecați capul, corpul. La fel, este bine ca atunci cînd vorbește clientul, să-i spuneți din cînd în cînd: *Da*, *Vă înțeleg*, *Hm*.
- Nu-l judecați pe client și nu spuneți ce ați fi făcut în locul lui. Fiți tolerant, primiți lucrurile așa cum sînt. Țineți minte că pacientul nu are nevoie de aprecierile cuiva despre comportamentul său și nici de sfaturi sau rețete gata. Clientul are nevoie de sprijin și de ajutor în rezolvarea problemei sale.
- Ajutați clientul să ia decizia.
- Solicitați informațiile necesare pentru completarea scriptelor (fișe, registre). Explicați că fixarea unor date este necesară pentru monitorizarea de durată a sănătății reproductive a clientului.

U – Un spectru larg de informații

Clientul are nevoie de informații clare și corecte.

- El trebuie să cunoască totul despre metodele de contracepție: eficacitatea lor, reversibilitatea, mecanismul de acțiune, avantaje și dezavantaje, indicații și contraindicații, efecte secundare, complicații, modul de utilizare, cost-eficiența, locul de unde pot fi cumpărate sau primite contraceptivele.
- Ajutați clientul să înțeleagă bine opțiunile posibile. Explicați-i că este liber să aleagă orice metodă de contracepție, dar este necesar, totuși, să țină cont de anumite restricții medicale și de criteriile de alegere.
- Informațiile trebuie eșalonate. Dacă oferiți prea multe date și detalii într-un timp scurt, ele nu vor fi asimilate de client. Încercați să clasificați informația, s-o prezentați mai întîi pe cea importantă, apoi – detaliile. Este bine dacă, înainte de consilierea individuală, clientul a participat la o sesiune de informare în grup.
- Informațiile trebuie personalizate. Precizați dacă ați înțeles corect planurile de viitor ale clientului și dacă ele sînt acceptate de partener. Vorbiți despre termene concrete de utilizare a unei metode de contracepție.
- Atunci cînd clientul alege o metodă:
  – întrebați ce metodă preferă și de ce a făcut această alegere;
  – explicați-i care ar putea fi contraindicațiile medicale relative, discutați care dintre ele pot fi evitate sau înlăturate. De exemplu, dacă femeia este fumătoare, întrebați-o dacă poate reduce din numărul de țigări fumate zilnic;

– întrebați ce știe despre metoda aleasă, ca să fiți sigur că o poate folosi corect;
– corectați cu tact informațiile greșite. Dacă femeii i-a scăpat un detaliu sau l-a înțeles greșit, prezentați-i încă o dată informația corectă. Verificați dacă ați fost înțeles;
– povestiți-i despre eficiența, mecanismul de acțiune, avantajele și dezavantajele, efectele secundare, complicațiile posibile în urma utilizării metodei de contracepție alese. Spuneți-i ce să facă atunci cînd survin anumite complicații. Explicați-i că apariția efectelor secundare nu impune amînarea utilizării metodei contraceptive și că acestea pot dispărea de la sine într-un timp scurt;
– prezentați-i noi metode de contracepție, care ar putea-o interesa mai tîrziu;
– chiar și în situația în care clientul știe ce metodă va utiliza, vorbiți-i, pe scurt, și despre alte metode;
– întrebați dacă dorește să cunoască mai mult;
– folosiți materiale ilustrative, broșuri, mostre de remedii contraceptive. Materialele ilustrative ajută clientul să înțeleagă mai ușor care este modul corect de utilizare a metodei concrete.

T – Tratarea metodei alese

Ajutați-l pe client la luarea deciziei:

- Spuneți-i clientului că alegerea îi aparține. Prezentați-i, ca un expert, toată informația de care are nevoie și nu luați decizii în locul lui;
- Uneori, nu este obligatoriu ca alegerea să fie făcută imediat. Dați-i timp să se gîndească;
- Ajutați-l să aleagă metoda corectă, rugîndu-l să ia în considerare și planurile sale de viitor;
- Ajutați-l pe client să realizeze urmările fiecărei opțiuni;
- Întrebări obligatorii: *Alăptați?*, *Mai doriți copii?*, *Aveți și alți parteneri?*, *Dar partenerul?*;
- Aflați opiniile ambilor parteneri despre metodele contraceptive. Decizia luată nu trebuie să afecteze relațiile în cuplu;
- Insistați să clarificați anumite lucruri importante, repetați informația prioritară;
- Explicați care sînt limitele medicale în folosirea unor metode;

- Dacă clientul nu este sigur că face o alegere reușită, prezentați-i informații despre alte metode de contracepție, care l-ar ajuta să facă o nouă alegere;
- Verificați dacă este sigur de această dată. Întrebați-l ce a decis. Așteptați răspunsul, nu-l grăbiți.

O – o concretizare, o totalizare

După exprimarea opțiunii:

- prezentați metoda de contracepție aleasă. Explicați și demonstrați, dacă este posibil, modul corect de utilizare;
- dacă nu aveți la dvs. acest contraceptiv, spuneți-i unde, cînd și cum îl poate obține;
- explicați-i clientului că sterilizarea chirurgicală necesită consimțămîntul în scris al clientului. Înainte de a-și pune semnătura, verificați dacă a înțeles corect avantajele, dezavantajele și consecințele acestei metode;
- nu acceptați deciziile luate de client în stare de afect;
- explicați modul de folosire a metodei. Prezentați-i instrucțiunile atît în formă verbală, cît și în cea scrisă;
- descrieți posibilele efectele secundare și explicați-i cum să reacționeze atunci cînd ele apar;
- spuneți-i cînd trebuie să revină la medic pentru un nou control sau pentru o consultație. Încurajați-l pe client să vină la medic ori de cîte ori are nevoie să concretizeze ceva sau să se asigure că este bine;
- concretizați care sînt eventualele semnale de urgență și ce trebuie să facă clientul în aceste cazuri;
- solicitați clienților să repete informația prezentată de dvs., pentru a vă convinge că ați fost înțeles corect;
- oferiți-i pliante, broșuri despre metoda de contracepție aleasă de el;
- prezentați-i riscurile ce pot surveni în cazul folosirii haotice a metodei alese; explicați-i condițiile în care este eficientă contracepția de urgență;
- îndemnați-l pe client să revină atunci cînd apar efecte secundare deranjante.

R – Revenire și control

Vizită repetată:

- Înainte de toate, trebuie să vă asigurați că clientul folosește corect metoda de contracepție aleasă;

- Întrebați-l dacă are nevoie de anumite explicații;
- Verificați dacă este mulțumit de metoda aleasă și dacă nu a avut reacții adverse sau disconfort în timpul utilizării;
- Ajutați clientul să-și soluționeze unele eventuale probleme;
- Asigurați-vă că totul este bine și că nu este necesară trecerea la o altă metodă;
- Îndemnați clientul ce are probleme de sănătate să facă anumite investigații medicale;
- Dacă el este nemulțumit de contraceptivul ales, recomandați-i alte metode, prezentîndu-i totodată toate informațiile necesare pentru utilizarea lui în siguranță;
- Atunci cînd clientul solicită înlăturarea DIU, planificați extragerea lui;
- Atunci cînd clientul dorește copii, asigurați-i toată consilierea prenatală.

2.4. Abilități și tehnici de consiliere

Pentru o consiliere eficientă, consilierul trebuie să-și formeze abilități și tehnici speciale, care pot fi aplicate cu succes și în alte domenii.

Personalul care oferă informații în timpul consilierii are nevoie de:

- abilități de adaptare la orice interlocutor;
- abilități de utilizare a canalelor verbal și non-verbal;
- abilități în dozarea informației transmise clientului;
- abilități în alegerea formei mesajului ales, adaptîndu-l la fiecare interlocutor.

Două canale de comunicare

- Verbal (ceea ce spunem prin cuvinte);
- Nonverbal (ceea ce exprimăm prin limbajul corpului).

Comunicarea verbală cere abilități de ***formulare a întrebărilor deschise***, rolul cărora este de:

- a facilita comunicarea, a o deschide;
- a obține informații despre client;
- a cunoaște mai bine clientul;
- a-l ajuta pe client să se cunoască mai bine;
- a înțelege sentimentele, atitudinile clientului;
- a verifica cunoștințele clientului;

- a-l ajuta să-și limpezească problema;
- a sugera sau a deschide noi piste de abordare a problemei;
- a facilita comunicarea;
- a-l ajuta pe client să-și înțeleagă sentimentele;
- a oferi ajutor în luarea unei decizii;
- a vă convinge că clientul este mulțumit de serviciile prestate.

Regula de bază a comunicării presupune congruența dintre ambele elemente ale comunicării.

Limbajul nonverbal are următoarele componente:

Contactul vizual

Privire deschisă. Atenție: nu deasupra capului clientului, nici mai jos de ochii acestuia, pe corp, pe membrele inferioare etc.

Limbajul corporal

- Distanța potrivită dintre medic și pacient
- Poziția trunchiului – aplecată spre pacient
- Gesturile subliniază, întăresc mesajele verbale, transmit sentimentele
- Expresiile pozitive ale feței arată deschidere și interes față de client.

Calitățile vocale

- Viteză
- Volum
- Intensitate
- Tonalitate
- Varietate, alternare
- Subliniere vocală
- Tăcere sau respectarea tăcerii

Aspecte fizice

- Ținută vestimentară
- Aspect îngrijit

2.5. Ascultarea activă, conexiunea inversă, parafrazarea și clarificarea

Comunicarea eficientă cere abilități de ***ascultare activă***, reflectivă sau participativă, care:

- transmite celuilalt că este ascultat cu interes și încurajat;
- formează un climat de încredere și de siguranță;
- este mai mult decît o simplă ascultare.

Ascultarea activă este:

- focalizată pe sentimentele vorbitorului;
- determinată de nivelul de interes al medicului sau al persoanei care face consilierea și are scopul:
  - de a-l ajuta pe vorbitor să-și înțeleagă reacțiile, atitudinile față de o anumită problemă ori situație și să vorbească despre ele;
  - de a-l asigura pe client de dorința sinceră a consilierului de a-l ajuta;
  - de a-i arăta vorbitorului că este ascultat, urmărit și înțeles corect;
  - de a-l ajuta pe client să-și identifice și să-și clarifice propriile probleme;
  - de a-l ajuta să își întărească încrederea în sine.

Ascultătorul:

- *nu judecă* (nimeni nu-i oferă acest drept);
- *nu critică* (pentru că trezește reacții de apărare, generează justificări, blochează comunicarea);
- *nu întreabă DE CE* (fiecare are propriile motivații pentru a acționa într-un fel anume);
- *nu comentează;*
- ajută vorbitorul să-și *clarifice* propriile sentimente.

Ascultarea activă contribuie la crearea unei atmosfere de încredere reciprocă, a unei ambianțe de siguranță și de confort.

Cum poți să-ți dai seama că ești ascultat? Iată cîteva semne:

1. Cînd contactul vizual nu deranjează;
2. Cînd persoana spune periodic: *da, mda, îhî, hm* etc.
3. Cînd face anumite mișcări ale capului;
4. Cînd zîmbește sau gesticulează cu mîna în semn de aprobare;
5. Cînd corpul este aplecat puțin înainte, pentru a asculta mai atent ș.a.

Conexiunea inversă (CI)

Conexiunea inversă (CI) numită și *reflectare* reprezintă metoda de comunicare prin care sînt transmise ori primite reacțiile la un anumit comportament, cuvinte, fapte etc. Această reflectare este reciprocă, deci este valabilă atît pentru client, cît și pentru medic sau asistenta medicală.

Reguli generale

1. CI trebuie dată:

a. La timpul potrivit (imediat, nu amînat);
b. Interlocutorului, și nu unei terțe persoane;

c. Folosind cuvintele *am observat*, *cred*, *simt*;
d. În doze rezonabile (nici prea mult, nici prea puțin) astfel încît să fie de folos;
e. Direcționat spre comportamentul controlat cel mai bine de receptor;
f. Focalizat pe ceea ce se poate schimba sau ameliora.

2. CI presupune răspunsul la întrebările *Ce?*, *Cum?* și nu așteaptă explicații la *De ce?*.

3. CI nu emite judecăți, nici sentințe și nu dă sfaturi (acestea anulează efectele consilierii).

4. CI trebuie recepționat:
a. Doar prin ascultare (atunci cînd trezește diferite reacții, aceasta nu mai este CI);
b. Fără a face justificări și fără a da explicații;
c. Întrebările trebuie puse doar pentru a clarifica o situație sau o problemă.

Motive pentru reflectare

Conexiunea inversă:
- vă obligă să ascultați atent;
- arată că ascultați cu atenție;
- permite clientului să vă corecteze în cazul în care i-ați înțeles greșit problema;
- vă face să acceptați ceea ce spune clientul, pentru că, astfel, îl încurajați să vorbească;
- îl convinge pe client să acumuleze noi informații necesare lui.

Parafrazarea

Parafrazarea presupune reformularea unor informații transmise deja, într-o formă mai accesibilă clientului. Ea, de asemenea, îl ajută pe medic să verifice dacă a fost înțeles corect. *Dacă am înțeles corect, vrei să spui că…* – acesta ar fi un exemplu reușit de parafrazare. Este important să-i oferim clientului senzația că-i înțelegem corect trăirile sau problemele. De aceea este bine să intervenim cu expresii de genul: *Aceasta te-a făcut să te simți…?*.

În timpul consultației, se recomadă să reluați în discuție anumite informații, idei, aspecte, pentru ca clientul să se concentreze asupra celor esențiale.

Clarificarea

Clarificarea este un proces ce permite perceperea corectă și completă a situației, precum și definirea problemelor, limpezirea sentimentelor etc.

Tehnici de clarificare:

- Utilizarea întrebărilor deschise;
- Afirmațiile trebuie dozate și adaptate la interlocutor.

Pentru **a înțelege mai bine** problema clientului, se recomandă să puneți întrebări de genul: *Ai putea explica…?*, *Ai putea clarifica…?*, *Ce părere ai despre…?*, *Asta dorești să spui…?*, *Cum te face aceasta … să te simți?*, *Ce înseamnă asta… pentru tine?* etc.

Abilitățile de evaluare ajută la selectarea informației relevante, necesare pentru a da cele mai bune sfaturi.

2.6. Climatul consilierii

Sentimentele

Sentimentele, atitudinile exprimate sau trăite în timpul consilierii, problemele sănătății sexuale/reproducerii și ale planificării familiale, stilul de relaționare și cel de comunicare (a unei persoane deschise, tolerante, informate), încrederea și empatia determină ***climatul consilierii.***

Responsabilitatea față de climatul consilierii, în cadrul serviciilor PF, revine exclusiv personalului.

Pentru o consiliere reușită este esențială asigurarea confidențialității.

Tehnici de creare a climatului consilierii:

- Abordare nondirectivă a clientului;
- Discreție;
- Încurajare să vorbească și să acționeze;
- Limbaj socratic, dar decent;
- Toleranță;
- Disponibilitate probată;
- Atitudine pozitivă față de client pe durata întregii consilieri;
- Tact, evitarea judecării, a umorului în momentele neplăcute, dureroase pentru client;
- Atunci cînd dați exemple, nu prezentați nume concrete.
- Climatul reprezintă anturajul în care persoana poate primi răspuns la toate problemele, nevoile, dilemele prin care trece.

Crearea climatului pozitiv presupune, înainte de toate, respectarea drepturilor clientului în PF.

2.7. Drepturile clientului în PF

Fiecare client, indiferent de sex, vîrstă, rasă, etnie, religie, statut social, material, profesional, economic etc. are dreptul la:

INFORMAȚIE
Clientul primește informații despre PF, servicii, metode etc.

ACCES
Să obțină servicii de calitate, indiferent de sex, vîrstă, rasă, religie, etnie etc.

ALEGERE
Să decidă, fără a fi constrîns, dacă alege sau nu PF, dar și ce metodă de protecție să folosească.

SIGURANȚĂ
Să i se ofere posibilitatea de a avea PF fără risc.

INTIMITATE
Să i se creeze o ambianță plăcută, indiferent de serviciile solicitate.

CONFIDENȚIALITATE
Să aibă certitudinea că informațiile personale vor rămîne secrete.

DEMNITATE
Să fie tratat cu respect, considerație și interes.

CONFORT
Să se simtă bine, indiferent de serviciile primite.

CONTINUITATE
Să primească metode contraceptive, informații, consiliere etc. atîta timp cît dorește și are nevoie de ele.

OPINIE
Să fie ajutat să-și exprime opiniile despre serviciile primite.

2.8. Posibile bariere în consilierea eficientă

Dintre barierele ce stau în calea unei consilieri eficiente ar putea fi amintite:

- Disconfortul clientului în tratarea anumitei probleme;
- Neînțelegerea anumitor valori și convingeri.

Realizarea impactului valorilor și ale convingerilor este esențial pentru orice consiliere eficientă.

Atitudinea presupune exprimarea propriilor valori. Atitudinile și comportamentul unei persoane este rezultatul sistemului său de valori;

Consilierea efectivă presupune înțelegerea și motivarea comportamentului clientului.

- Lipsa abilităților de comunicare eficientă;
- Necunoașterea abilităților de consiliere.

2.9. Componentele ce întăresc relația interpersonală dintre medic și client

Componentele ce întăresc relația interpersonală dintre medic și client sînt:

- identificarea și precizarea necesităților;
- comunicarea verbală, însoțită de mesajele nonverbale;
- dialogul;
- ambianța plăcută;
- verificarea sentimentelor clientului;
- încurajarea, complimentarea clientului pentru ceea ce a făcut, face sau urmează să facă;
- legitimarea clientului;
- empatia;
- reflectarea;
- repetiția;
- sprijinul;
- asigurarea și reasigurarea clientului.

Procesul consilierii.

Atunci cînd discută cu clientul despre posibilitățile de contracepție, lucrătorul medical trebuie să-i prezinte, pe scurt, informații despre toate metodele de contracepție. Această regulă este valabilă și în cazurile în care clientul cunoaște deja ce metodă dorește să utilizeze.

CAPITOLUL III

Infecțiile cu transmitere sexuală

3.1. Clasificarea infecțiilor cu transmitere sexuală

De-a lungul istoriei, infecțiile cu transmitere sexuală au afectat omenirea și continuă să o facă în ciuda măsurilor de profilaxie și a educației sanitare.

Termenul propus de OMS pentru aceste boli este cel de *infecții cu transmitere sexuală*.

Principalele caracteristici ale acestor infecții sînt:

- sînt contagioase;
- se transmit predominant pe cale sexuală;
- manifestările primare sînt înregistrate, de regulă, în regiunea genitală;
- Organismul nu are o imunitate de durată față de ele.

Clasificarea infecțiilor cu transmitere sexuală, după agentul patogen:

Infecții bacteriene:

- sifilisul;
- gonoreea;
- șancrul moale;
- granulomul inghinal;
- infecțiile chlamidiene;
- uretritele negonococice;
- vaginoza bacteriană.

Infecții cu protozoare:

- trihomonoza.

Infecții fungice:

- candidoza.

Infecții virale:

- herpes simplex;
- papilomovirusuri umane;
- moluscum contagiosum;
- cytommegalovirus;
- virusul Epstein Barr;
- hepatita B;
- infecția HIV.

Infecții artropozice:
- ftiriaza;
- scabia.

3.2. Virusul imunodeficienței umane (HIV)

3.2.1. Din istoricul HIV

Infecția cu virusul imunodeficienței umane este calificată de mulți cercetători drept tragedie a vremurilor noastre. Savanții presupun că primele cazuri de HIV au apărut la mijlocul anilor '70 în SUA, Haiti și Africa. Deși nu pot fi prezentate dovezi concrete, cercetătorii sînt de părerea că virusul a existat cu mult înaintea anilor '70. Pînă în prezent, rămîne necunoscută proveniența acestei maladii.

În 1979-1981, medicii din New-York au observat dereglări imunologice la mai mulți pacienți, în special, la homosexuali. Atunci, au fost înregistrate cazuri severe de herpes, cancer al vaselor sanguine (Sarcomul Kaposhi), forme rare de pneumonie.

În 1982, Centrul de Control al Morbidității din SUA înregistrează o nouă patologie – sindromul imunodeficienței umane achiziționate.

În 1982-1983, a fost demonstrată conexiunea dintre SIDA și transfuzia de sînge, injectarea drogurilor, transmisia pe verticală. Deci, se ajunge la concluzia că infecția ar putea avea origine virală.

În 1984, Luke Montagnier, împreună cu echipa sa de cercetători de la Institutul Pasteur din Paris, descoperă virusul limfoadenopatiei asociate. Concomitent, în SUA, Robert Gallau descoperă virusul T-limfotrop uman de tip III, identic cu cel găsit în Franța. Anume acest virus s-a dovedit a fi agentul ce provoacă SIDA.

În 1985, Direcția de control asupra medicamentelor și produselor alimentare aprobă metoda de imunofluorescență ca metodă de diagnostic al anticorpilor anti-HIV.

În 1987, în fosta Uniune Sovietică se face public primul caz de SIDA.

În 1988, în Republica Moldova sînt înregistrate opt cazuri de HIV, dintre care două persoane infectate sînt cetățeni ai Republicii Moldova, restul fiind cetățeni străini. Pînă în 1994, infecția se răspîndește lent, înregistrînd doar 48 de cazuri. În 1995, cînd numărul persoanelor infectate cu HIV s-a înzecit, infecția a căpătat caracter de epidemie. Pînă în prezent, anual, este înregistrată o incidență mare de HIV.

3.2.2. Esența virusului HIV

Din 1986, a fost pusă în circulație noțiunea de HIV. Acest virus aparține familiei retovirusurilor. Este important să menționăm că virusurile și retovirusurile nu se pot dezvolta și nici multiplica în afara celulei-gazdă. Ele prezintă un ghem de gene, ce conțin informații despre propria structură, necesare pentru înmulțire. Atunci cînd se multiplică, ADN al virusului penetrează ADN al celulei-gazdă, modificîndu-i codul genetic. Retrovirusurile nu conțin ADN, ci doar ARN. Grație faptului că este un retovirus, HIV, care conține doar ARN și transcriptaza necesară, se poate transforma din ARN în ADN. Procesul de multiplicare începe atunci cînd virusul deține controlul asupra sistemului de reproducere.

Victimele virusului HIV sînt celulele CD-4 (T-limfocite, numite *helper*). Celulele T-helper au un rol important în formarea reacției de răspuns a organismului la pătrunderea unui agent patogen în organism. Afectarea acestor celule dezechilibrează sistemul imun.

Celulele CD-4, de obicei, sînt de două ori mai multe la număr decît T-celulele-supresoare (CD8). Funcția celulelor T-supresoare este de a stopa reacția de apărare atunci cînd agentul nu mai prezintă pericol. Celulele T-killer au rolul de ucigaș al celulelor afectate împreună cu agentul patogen.

Alte celule participante în reacția imună de autoapărare sînt macrofagii, care fagocitează și digeră celulele afectate, dar și agenții patogeni.

Celulele CD-4, care sînt victima virusului HIV, se distrug foarte repede. Proporția CD-4 : CD-8 devine cu mult mai mică de 2, apoi – 1. Drept urmare, celulele CD-4 își pierd capacitatea de a recunoaște celulele străine din organism, de aceea acesta din urmă nu se mai poate opune diverselor infecții. La majoritatea persoanelor infectate cu HIV se formează anticorpi față de virusul HIV, însă aceștia nu pot stopa procesul de îmbolnăvire. Motivele sînt următoarele:

- Virusul se ascunde în celula-gazdă, unde anticorpii nu-l pot atinge;
- Virusul trece dintr-o celulă afectată în alta, fără a nimeri în fluxul sangvin;
- Capacitatea înaltă a virusului de automodificare îl face inaccesibil pentru anticorpi.

3.2.3. Tipurile și subtipurile virusului HIV

Subtipurile virusului HIV-1 se deosebesc după formă, astăzi fiind cunoscute aproximativ zece. Există păreri că unele subgrupuri sînt mai virulente și au topicitate diferită. Însă nu există dovezi ce ar confirma aceste păreri.

Al doilea retovirus ce provoacă SIDA este numit HIV-2.

HIV-2 a fost descoperit în 1986, la bolnavii de SIDA din Africa. Ambele virusuri au structură asemănătoare, căi identice de contaminare, manifestări clinice. Pentru ambele, sînt folosite aceleași măsuri de prevenție. În 42-92% dintre cazuri, testele de diagnostic pentru HIV-1 detectează și HIV-2. În prezent, nu există un test separat pentru identificarea HIV-2.

HTLV-I – retovirusul T-limfotrop-I NU provoacă SIDA, ci doar o formă rară de cancer sanguin, T-leucemia. Se transmite la fel ca HIV.

HTLV-II retovirusul T-limfotrop II provoacă reticuloza leucemică. Nu provoacă SIDA. Se transmite la fel.

3.2.4. Contaminarea cu HIV

Condițiile de contaminare:

- Pentru infectare este necesar ca virusul să nimerească în organism sau în lichizii organismului;
- Nu toți lichizii organismului conțin virusul HIV în cantitate suficientă pentru infecție;
- Virusul HIV se transmite doar prin anumiți lichizi umani;
- Contaminarea este posibilă atunci cînd pătrunde o anumită cantitate de virus într-un anume loc.

Lichizii umani care conțin virusul HIV (în ordine descrescîndă)

Concentrație înaltă (sînt foarte periculoși):

- sîngele;
- sperma;
- conținutul vaginului.

Concentrație joasă (sînt periculoși doar atunci cînd nimeresc în cantități mari în organism):

- urina;
- lacrimile;
- saliva;
- laptele matern.

HIV nu a fost depistat în:

- transpirație;
- mase fecale;
- cerumen.

Organele purtătoare de posibilă infecție:

- venele;
- rectul;

- vaginul;
- penisul;
- cavitatea bucală;
- tegumentele cu suprafața lezată, inclusiv cele microscopice.

Risc sporit de contaminare:
- seringile comune;
- sexul anal și vaginal, fără prezervativ;
- actul sexual întrerupt;
- sexul orogenital, fără utilizarea metodelor de barieră.

Risc mediu:
- sexul anal și vaginal, cu folosirea prezervativului;
- minetul întrerupt pînă la ejaculare.

Risc redus:
- sărutul franțuzesc;
- masturbarea reciprocă.

Fără risc:
- săruturile;
- mîngîierile corpului;
- îmbrățișările;
- frotajul;
- fanteziile erotice.

E bine să rețineți că:
- Pielea intactă este o sursă sigură de protecție contra virusului HIV;
- Contactul direct al virusului cu mucoasele, chiar și în cantități reduse, poate duce la infectare (mucoasa absoarbe virusul);
- Saliva nu este un mediu propice pentru transmiterea virusului. (În 1995, în salivă a fost descoperită o proteină protectoare, care împiedica pătrunderea virusului în limfocite. Datorită acestui fapt, sărutul nu prezintă risc de contaminare.)

Transmiterea pe verticală, de la mamă la făt

Există trei perioade în care fătul poate fi contaminat:

Antenatal: Există supoziții că embrionul poate fi contaminat la opt săptămîni de sarcină. În majoritatea cazurilor, însă, infectarea intauterină are loc la sfîrșitul trimestrului II, începutul trimestrului III. Un făt poate fi infectat doar atunci cînd mama acestuia este infectată.

Intranatal (în timpul nașterii): Copilul se poate contamina cu HIV intrînd în contact cu lichizii materni cu un conținut mare de virus (sîngele, eliminările din vagin).

Postnatal: infecția poate fi transmisă prin laptele matern, ce prezintă risc sporit.

Înțepături de insecte

Savanții au demonstrat că insectele nu introduc în rană sîngele lor, nici pe cel al jertfei precedente. Saliva lor de asemenea nu conține virus. Pînă în prezent, nu a fost demonstrat încă nici un caz de contaminare cu virusul hepatitei B, cea mai des întîlnită și mai contagioasă infecție.

Infectarea

Potrivit cercetătorilor, nu orice contact cu infecția HIV se soldează cu infectarea propriu-zisă. La fel, nu orice infectare cu HIV duce la dezvoltarea SIDA.

Perioada de incubație

În opinia specialiștilor, primele două luni de la contaminare constituie perioada în care se formează anticorpii (de contagiozitate înaltă), după care urmează perioada de contagiozitate scăzută. Organismul uman are nevoie de timp pentru a putea forma anticorpi și a răspunde, astfel, infecției pătrunse. În majoritatea cazurilor, această perioadă (de serconversie, numită și *perioada de fereastră*) durează aproximativ trei luni. În anumite cazuri, ea poate dura și șase luni. Din acest motiv, este important ca persoana care bănuiește o posibilă infectare, să treacă testul HIV la trei și șase luni după contactul cu sursa de infecție.

Perioada de incubație este intervalul de timp de la infectare pînă la apariția manifestărilor clinice a SIDA. Acestă perioadă diferă de la caz la caz și depinde de mai mulți factori. În medie, perioada de incubare durează de la șapte pînă la zece ani. Cu cît persoana este mai nepăsătoare față de propria sănătate, cu atît această perioadă este mai scurtă. În cazul utilizatorilor de droguri injectabile, de exemplu, ea se reduce cu doi-trei ani.

3.2.5. Teste de laborator

Testarea la HIV presupune și depistarea anticorpilor.

Scopul testării este:

- de a depista persoanele HIV-pozitive în scop de tratament;
- de a diminua riscul infectării altor persoane, consiliindu-le pre și post test, atît pe cele HIV-pozitive, cît și pe cele HIV-negative;
- de a informa partenerii despre infecția HIV și de a le prezenta metodele de profilaxie (în cazul persoanelor HIV-pozitive), de tratament și de screening.

Screening-ul presupune testarea persoanelor asimptomatice în scopul depistării precoce a infecției, administrarea tratamentului în caz de necesitate și luarea anumitor măsuri de profilaxie în vederea stopării răspîndirii infecției.

3.2.6. Tipuri de teste de laborator

A. Bazate pe depistare de anticorpi: ELISA/ELA(IFA) – cel mai răspîndit test de descoperire a anticorpilor în serul sangvin. Este ieftin și ușor de utilizat. Pentru confirmarea diagnozei, sînt folosite teste-sisteme ce depistează antigenul.

B. Tehnici de aglutinare: WESTERN BLOT este un test bazat pe depistarea anticorpilor HIV-1. Acest test este larg utilizat, în special pentru confirmarea testelor pozitive IFA.

C. Teste bazate pe identificarea antigenelor virale: pentru stabilirea cantității de proteină virală liberă P-24, prezentă în serul sangvin. Poate fi folosită în faza inițială a infectării și în cea terminală a maladiei.

D. Izolarea virusului în cultura de celule: este o metodă costisitoare, nerecomandabilă în scop de diagnosticare.

Metoda de polimerizare în lanț: oferă posibilitatea de amplificare a ADN-ului ori a ARN-ului aflat în concentrații foarte mici. Metoda dată ne ajută să diagnosticăm faza de infectare în care lipsesc anticorpii. Pentru a avea rezultat, e necesar să fie respectate toate rigorile. Metoda de polimerizare este folosită pentru stabilirea etapei maladiei, prin determinarea viremiei.

Exactitatea: cele mai moderne tehnici oferă posibilitatea reducerii „perioadei de fereastră“ la trei-patru săptămîni. Probele pot fi pozitive, negative și indefinite. Criteriul de test pozitiv servește probe IFA repetate pozitive, confirmate prin Western Blot repetat pozitiv.

Testele rapide (SUDC, Recombigen, Genie) sînt folosite în clinicele ITS, la camerele de urgență, în zonele cu prevalență mare a HIV, atunci cînd diagnosticul influențează deciziile luate (în cazul nașterii), iar rezultatele trebuie confirmate prin metode standard. Avantajul acestor teste constă în prețul lor redus.

Teste fals pozitive. Utilizînd diverse metode tehnice, putem obține și rezultate fals pozitive. De aceea este obligatoriu să prelevăm o probă repetată de sînge pentru a efectua aceleași teste standard la HIV.

3.2.7. Testarea la HIV trebuie făcută cu acceptul clientului!

Procedura standard de testare la HIV presupune respectarea următoarelor principii:

- confidențialitatea;
- acordul informat;
- consilierea pre și post test.

Confidențialitatea

Deși ea nu este respectată de fiecare dată, în cazul testelor HIV ea trebuie să constituie o regulă fără excepții. Astfel, vom întări încrederea oamenilor față de personalul medical și-i vom încuraja să-și facă teste benevole, favorizînd astfel detectarea timpurie a virusului și sporirea eficienței tratamentului.

Gradul de confidențialitate depinde în mare măsură de legislația fiecărei țări în parte. În pofida anumitor rigori, orice țară trebuie să garanteze cetățenilor săi dreptul la testarea anonimă.

Consilierea pre test și acordul informat al pacientului

Această consiliere este o discuție confidențială dintre pacient și persoana care oferă consiliere, bazată pe încredere și respect reciproc. Este necesar să-i prezentați pacientului informația esențială despre HIV/SIDA, ajutîndu-l astfel să depășească bariera psihoemoțională (frica) față de HIV/SIDA și să ia o decizie în legătură cu testarea HIV.

Scopurile de bază ale consilierii:

1) a acorda suport psihoemoțional;
2) a diminua pericolul transmiterii HIV;
3) a reduce costurile îngrijirilor sociale a persoanelor infectate cu HIV.

Obiectivele consilierii HIV sînt următoarele:

1) reducerea riscului persoanelor seronegative;
2) identificarea persoanelor seropozitive;
3) diminuarea transmiterii potențiale a infecției HIV.

În consilierea pre test se pune preț pe interesele și necesitățile clientului, oferindu-i posibilitatea să evalueze și să găsească singur soluția pentru anumite probleme. Decizia privind problemele de sănătate și posibilitățile existente va fi luată de pacient, consultantul oferindu-i doar informația necesară.

Componentele consilierii pre test sînt:

- evaluarea capacității clientului de a înțelege consecințele HIV;
- cunoașterea căilor de transmitere a infecției HIV;

- stabilirea unor planuri de reducere a riscurilor;
- explicarea testului;
- acordarea unui suport emoțional;
- asigurarea clientului în vederea unei întîlniri post test.

Consilierea pre test:

- Salutați-l primul pe pacient;
- Prezentați-vă dvs. primul (spuneți-vă numele și funcția);
- Oferiți-i loc clientului;
- Așezați-vă, dar astfel încît să nu existe nici o barieră între dvs. și pacient (masa de lucru, de exemplu);
- Priviți-vă în față;
- Asigurați-l pe client că discuția este una confidențială;
- Explicați-i clientului principiul testului anonim;
- În cazul în care el nu dorește să-și divulge numele, rugați-l să spună un nume arbitrar;
- Culegeți informația generală despre pacient (vîrsta, studiile, poziția socială etc.), pentru a alege maniera în care-i veți prezenta toată informația;
- Vorbiți cu pacientul într-un limbaj accesibil despre mitul și realitatea HIV/SIDA;
- Descrieți căile de transmitere a HIV, inclusiv cele cu risc sporit sau redus (vezi mai sus);
- Dacă pacientul dvs. este o femeie gravidă, accentuați importanța testării, dar și a tratamentului anteretroviral în trimestrul III de sarcină, în scopul profilaxiei transmiterii pe verticală. Vorbiți-i despre conduita la naștere, despre faptul că cezariana cu izolare preventivă a plăgii va evita contactul cu sîngele mamei și, deci, va proteja fătul de o posibilă infecție în timpul nașterii.

Evaluarea riscului (moment foarte important)!

- Discutați cu pacientul despre activitatea sa sexuală din prezent și din trecut. Fără a-l ofensa, întrebați-l dacă este căsătorit, dacă a avut sau are mai mulți parteneri sexuali, care este caracterul relațiilor cu ei. Dacă este căsătorit, aflați de cît timp, dacă aceasta este prima căsătorie atît pentru soț, cît și pentru șotie, dacă el/ea este singurul său partener sexual, dacă în prezent are o relație monogamă și dacă acest lucru e valabil și pentru soț/soție?
- Sexul protejat. Utilizarea metodelor de protecție în timpul tuturor raporturilor sexuale: orale, vaginale, anale. Puneți întrebări de genul: *De fiecare dată folosiți prezervativul atunci cînd*

aveți un nou partener sexual?, *Utilizați prezervativul atunci cînd faceți sex cu partenerul pe care-l cunoașteți de mai multă vreme?*, *Dar atunci cînd faceți sex oral?*

- Risc sporit de contaminare – utilizarea drogurilor injectabile, sexul comercial. Puneți-i pacientului o asemenea întrebare. *Ați încercat vreodată un drog injectabil, fie și din curiozitate?*
  – Transfuzii de sînge în anamneză sau în preparate din sînge;
  – Posibilitatea infectării pe cale parenterală: *Ați suportat vreo operație în ultimii ani?, Ați mers la vreun cabinet specializat în peersing sau tatuaj?*.

Explicarea testului:

- Convingeți-vă că pacientul a înțeles corect ce presupune un test;
- Întrebați-l de ce dorește să facă acest test;
- Ce anume îl deranjează pe moment? Poate comportamentul partenerului său îi trezește îngrijorare?;
- Cum va proceda în cazul în care testul va arăta un rezultat pozitiv sau negativ?;
- Dacă testul va fi pozitiv, cine va fi persoana de încredere căreia îi va împărtăși trăirile;
- Povestiți-i pacientului ce presupune tehnica testării, pe ce se bazează metoda de diagnostic;
- Vorbiți-i despre „perioada de fereastră";
- Asigurați-vă că pacientul dorește cu adevărat să facă testul HIV, că înțelege ce presupune un test la HIV pozitiv și ajutați-l să găsească persoana dispusă să-i ofere sprijin și ajutor;
- Discutați toate aspectele testului pozitiv: medicale, sociale, legale;
- Anunțați data rezultatelor testului și numiți persoana ce vi le va oferi (este preferabil să fiți tot dvs.);
- Încurajați pacientul să pună întrebări;
- Îndemnați-l să revină și înainte de a afla rezultatul, pentru a limpezi orice problemă sau dificultate apărută;
- Faceți-l să vă considere prieten.

O consiliere eficientă pretest oferă pacientului posibilitatea de:
– a aprecia propriul risc;
– a explica procedura testului;
– a percepe rezultatele testului;
– a lua o decizie corectă privitoare la testarea HIV;
– a-și spori cunoștințele despre HIV și despre riscul contaminării.

Post-test negativ:

- Salutul pacientului;
- Convingeți-vă încă o dată că pacientul știe ce este HIV și ce presupune comportamentul cu risc sporit;
- Explicați-i ce înseamnă test negativ, în special în perioada „de fereastră“ și convingeți-l să repete peste cîteva luni testul;
- Dezvoltați deprinderi de comunicare în scopul negocierii sexului protejat în orice situație.

Post-test pozitiv:

- Salutul pacientului;
- Prezentați-vă, răspundeți deschis și sincer la toate întrebările pacientului;
- Concentrați-vă toată atenția asupra pacientului.

Anunțarea rezultatului:

- Întrebați-l pe pacient dacă îi este totul clar;
- În funcție de comportamentul pacientului, găsiți momentul potrivit pentru a anunța rezultatele;
- Spuneți-i rezultatul testului cu o voce neutră: *Rezultatul testului dvs. este pozitiv*;
- Așteptați reacția pacientului la cele auzite;
- Nu vă grăbiți! Lăsați-l să-și manifeste emoțiile;
- Scopul consultantului este să-l facă pe pacient să accepte rezultatul testului, indiferent care e acesta;
- Convingeți-vă că pacientul înțelege esența testului;
- Arătați-i că îi înțelegeți emoțiile și că reacția lui este firească. Ajutați-l să treacă pragul disperării.

Comportamentul: discutați cu pacientul despre ceea ce și-ar dori să schimbe în propriul comportament, explicați-i riscul contaminării, pe cale sexuală, a altor persoane și lipsa riscului în cazul îngrijirii și a traiului în comun.

Relații interpersonale:

- Explicați-i pacientului că poate beneficia de sprijinul din partea rudelor, a prietenilor, a organizațiilor statale și neguvernamentale, specializate în suportul persoanelor infectate cu HIV;
- Prezentați-i numerele de telefon și adresele organizațiilor ce acordă sprijin persoanelor infectate cu HIV;

- Evaluați-l și monitorizați-l continuu pe pacientul dvs., posibilitățile tratamentului antiretroviral și a altor tratamente necesare;
- Discutați încă o dată despre importanța unui comportament sănătos;
- Nu uitați să repetați că infecția HIV nu este SIDA;
- Încurajați-l să-și petreacă viața în mod obișnuit.

3.3. Sifilisul

3.3.1. Definirea și clasificarea sifilisului

Sifilisul este o boală cu transmitere sexuală, produsă de un spirochet microaerofil, numit *treponema pallidum* care este un bacil spiralat cu lungimea de 5-20 micrometri și grosimea de 0,1-2 micrometri, care este vizibil la microscop obișnuit, în cîmp întunecat ori cu ajutorul microscopiei electronice.

Patogenie

Integritatea pielii și a mucoaselor prezintă o barieră protectoare împotriva infecției cu treponema pallidum. Penetrarea are loc, probabil, prin unele leziuni produse în timpul contactului sexual.

Perioada de incubație durează de la 10 pînă la 90 de zile.

Căi de transmitere:

- Preponderent sexuală, riscul contaminării după un singur contact cu o persoană infectată fiind de circa 30%;
- Tansfuzii de sînge infectat;
- Transplacentar, de la mamă la făt;
- Contact direct cu secrețiile infectate;
- Transmiterea indirectă (prin obiecte) este mai mult ipotetică.

Sifilisul primar se caracterizează prin apariția sifilomului și a limfoadenopatiei luteice satelite.

În locul inoculării, după o perioadă de circa 21 de zile (limite: 10-90 zile), se dezvoltă leziunea primară care se numește *șancru dur* sau *sifilom*. Netratat, sifilomul persistă 1-6 săptămîni și se vindecă fără cicatrice. Sifilomul poate fi unic sau multiplu și are următoarele caractere: eroziune rotund-ovală de 1-2 cm., bine conturată, ale cărei periferii se pierd în țesutul sănătos. Suprafața este netedă, curată, cu un aspect cărnos, acoperită de o secreție transparentă, bogată în spirocheți cu un aspect lucios. Nu este dureros și nici inflamator. Baza sifilomului este dură la palpare. Indurația apare la

4-5 zile de la formarea leziunii și se menține timp de 2-3 săptămîni. Uneori ulcerația poate fi atipică, doloră, supurată și distructivă. Orice ulcerație anogenitală se socoate sifilitică dacă nu este dovedită o altă origine. Localizarea sifilomului este în 90% de cazuri genitală. Sifilomul extragenital poate fi localizat pe buze, limbă, amigdale, mameloane. În cazul afecțiunii luetice anorectale, trebuie să ținem cont de pacienții cu dureri rectale, cu scaune sangvinolente, cu fisuri sau ulcerații anale.

Luesul decapitat presupune lipsa șancrului dur. Adenopatia luetică apare la 4-7 zile de la apariția șancrului dur în regiunea de drenaj limfatic a acestuia, care este de obicei unilateral, indolor, neinflamatoriu (constă din ganglioni elastici, bine conturați, nedureroși) și spontan rezolutiv. Adenopatia se agravează atunci cînd sifilomul se suprainfectează cu alți germeni.

Sifilisul secundar este stadiul de septicemie treponemică, caracterizat prin semne și simptome sistemice cu manifestări cutaneomucoase polimorfe. În perioada de trecere de la prima fază la cea de-a doua, treponemele diseminează în organism hematogen și limfatic. Manifestările mucoaso-cutanate apar la 3-6 săptămîni de la apariția sancrului și se numesc sifilide. Ele sînt inițial simetrice, dar pe măsura evoluției bolii devin asimetrice și dispar, cu sau fără tratament, peste 2-10 săptămîni.

Caracterele sifilidelor:

a) Rozeola sifilitică este cea mai precoce erupție: are formă rotund-ovală, de 1-2 cm., culoare roz-pal, nescuamoasă, nepruriginoasă, dispare la vitropresiune. De regulă, este localizată pe trunchi, pe membre (mai rar), uneori și pe zonele flexore ale extremităților;

b) Rozeola de recidivă are dimensiuni mai mari, cu tendințe spre grupare și evoluție mai lentă;

c) Sifilidele papiloase sînt leziuni discoide rotund-ovale, de 3-10 mm., indolore, cu suprafața lucioasă sau scuamoasă fină, a căror detașare centrală lasă un guleraș periferic. Leziunile se pot distribui simetric pe tot corpul. Cele localizate palmo-plantar sînt hiperkeratozice, infiltrate și pot fi confundate cu dermatomicozele. Erupția evoluează în puseuri.

d) Uneori, sifilidele papiloase pot fi papuloscuamoase, cu caracter psoriazoform, avînd următoarele semne:
– sifilidele foliculare, papule eritematoase foliculare ce apar în puseuri, pe față și pe extremități;
– sifilidele pustuloase, care se întîlnesc foarte rar;

– sifilidele corimbiforme, a căror variantă tardivă apare la 6-8 luni de la infectare, cu un aspect tipic și papulă mare (condiloamă lată);

e) Sifilidele inelare sînt întîlnite mai des la rasa negroidă; se situează pe obraji, în apropierea comisurilor bucale, prezintă papule mici, turtite, acoperite cu scuame fine, grupate inelar.

Toate tipurile de sifilide sînt spontan rezolutive.

Sifilidele mucoase, prezente la 20-70% dintre pacienți, sînt bogate în spirocheți și foarte contagioase:

A. Plăgi mucoase – arii eritematoase, erodate sau acoperite cu depozite cenușii pseudomembranoase, indolore, ce se pot localiza în regiunea cavității bucale (amigdale, limbă, faringe, gingii, buze) ori în cea genitală (labii, vagin, cervix);
B. Faringita luetică este caracterizată printr-un eritem difuz faring-amigdalian, asociat cu edem și eroziuni;
C. Condiloma lată – papule hipertrofice, roșii sau hipopigmentate, macerate, exudative, cu suprafața netedă. Apare, de regulă, în regiunea genitală și anală.

Afectarea fenelor: Alopatia în luminișuri sau difuză se întîlnește în 3-7% dintre cazuri și se localizează pe scalp, predominant parietal și occipital. Ocazional, afectează barba, genele, sprîncenele.

Manifestări sistemice: Majoritatea bolnavilor au stare generală bună a sănătății. O parte dintre ei pot prezenta fenomene de tip gripal: cefalee, mialgii, artralgii, rinoree. Febra se întîlnește rar. Examenul clinic poate constata: micropoliadenopatie; splenomegalie; mialgii generalizate; artralgii; hepatomegalie dureroasă; afectare oculară (fotofobie, lăcrimare, inflamație oculară); tulburări neurologice (meningita și paraliziile de nervi cranieni sînt rar întîlnite).

Diagnosticul pozitiv se bazează pe manifestările clinice, pe testele seropozitive, pe eliminarea T. pallidum din leziuni.

Sifilisul latent

Netratat, sifilisul secundar trece în stadiul latent asimptomatic, în care singura manifestare este testul seropozitiv.

Sifilisul terțiar

Apare la 10-40 de ani după sifilisul secundar. Cu cît debutul este mai tardiv, cu atît manifestările sînt mai puține. Leziunile sînt asimetrice, cronice, cu tendință spre extindere și destrucție. Pot fi unice ori multiple, superficiale sau profunde, nedureroase, predispuse spre ulcerare.

Sifilisul gomos

Manifestări cutanate: sifilide nodulare (sifilide tuberculoase) care sînt papule sau noduli roșii-bruni, arămii, fermi la palpare, de cîțiva mm, cu tendința spre grupare inelară. Nodulii pot evolua spre ulcerații adînci, indolore, cu fundul neted și margini elevate. Se vindecă, dar rămîn cicatrice.

Gome noduli roz-roșii de mărimi variate, unici sau multipli, unilaterali. Nodulii au la început consistență elastică, iar o dată cu acumularea de țesut necrotic devin fluctuanți. Se localizează mai mult în zonele supuse traumatismelor, dar pot afecta și oricare altă regiune a corpului.

Manifestări neurologice (neurosifilis): paralizie generală progresivă;

Manifestări cardiovasculare: anevrism aortic, afectarea valvulelor aortice;

Alte afecțiuni: leziuni osteoarticulare ce pot leza aproape orice viscer.

Diagnosticul se stabilește în baza datelor clinice, serologice și histopatologice.

Sifilisul congenital este sifilisul fătului contaminat intrauterin de la mama infectată. Aproape toți copiii născuți de la mame cu sifilis secundar netratat sînt infectați, însă manifestări clinice au mai puțin de 50%. Sifilisul la gravide poate provoca nașteri premature, decese antenatale sau anomalii congenitale.

Sifilisul congenital poate fi precoce sau tardiv. Precoce este sifilisul apărut în primii doi ani de viață și este considerat echivalentul luesului secundar la adulți. Manifestări clinice:

- Coriza luetică, primul semn apare în primele 2-3 săptămîni de viață;
- Secreții nazale purulente ori sanguinolente și bogate în treponeme;
- Leziuni osoase și articulare, deși deseori asimptomatice care fac parte din manifestările precoce. Cea mai întîlnită este osteohondrita, vizibilă radiologic la nivelul metafazei și numită *dinți de ferestrău*.

Sifilisul congenital tardiv apare după doi ani de viață, de obicei la pubertate. Sifilidele congenitale tardive se clasifică în:

Sigure: Șanțurile Parrot – cicatrici radiare peribucale și paranazale;

Triada Hutchinson – dinți bombați, cheratită interstițială, surditate prin afectarea urechii interne.

Probabile: osteohondrită hiperplastică difuză, periostită, bose frontale proeminente (frunte olimpiană), tibie „în iatagan".

Posibile: placentă cu greutate mare și nou-născut mic; boltă palatină ogivală, semnul Dubois (degetul mic scurt).

3.3.2. Diagnostic

Diagnosticul se va efectua prin depistarea de treponeme cu ajutorul ultramicroscopiei, a vizualizării la microscop optic (impregnare agrentică) și a microscopiei electronice. Prin metode serologice se vor depista anticorpii apăruți ca răspuns la infecția luetică.

Testele serologice se divizează în:

Teste netreponemice (reaginice, cardiolipinice, lipoidice) care utilizează antigene nespecifice. Evident, și anticorpii depistați sînt nespecifici. Sînt două tipuri de reacții: de fixare a complementului (Bordet-Wasserman) și de floculare (VDRL, RPR și RMP), cele din urmă fiind mai simple în utilizare.

Testele netreponemice pot determina reacții biologice fals pozitive acute (în caz de vaccinare recentă, mononucleoză, hepatită, rujeolă, varicelă, limfogranulomatoză veneriană, sarcină) și cronice (lupus eritematosus sistemic, artrită reumatică, tirioidită).

Teste treponemice care utilizează antigene specifice. Se împart în reacții de florescență (FTA și FTA-Abs), reacții de hemaglutinare (TPHA), reacții imunoenzimatice (ELISA – depistarea Ig, M și G) și de imobilizare a treponemelor (Nelson, care nu mai este folosită din cauza dificultăților tehnice). Aceste teste se fac atunci cînd serologia cardiolipinică este negativă sau discordantă.

Serul pentru testare este preparat dintr-o suspensie de treponeme hepatogene pentru a îndepărta grupele antigenice nespecifice!

Testele de scrining primar utilizate în Republica Moldova sînt: RMP, TPHA, VDRL, RW.

3.3.3. Tratament

Medicamentul de elecție este penicilina, administrată parenteral. Există numeroase scheme de tratament ce variază de la o țară la alta. Tendința actuală este de a reduce doza și perioada de tratament. În cazul administrării zilnice a penicilinei, durata tratamentului va fi de 10-14 zile pentru sifilisul recent și de 10-21 zile pentru cel tardiv.

Tratamentul sifilisului recent (primar, secundar, latent < 1an).

Variante de tratament:
- *Benzanthini benzylpenicillini* (retarpen, penidural) – 2,4 mln i/m dizolvată în soluție de 2% de lidocaină, cîte 1,2 mln în fiecare fesă în prima zi de tratament, asigură o concentrație treponemicidică în sînge pentru 3-4 săptămîni. Se administrează în prima și a opta zi de tratament.
- *Procaini penicillini* 600 000U – 1 000 000 U i/m zilnic, 10-14 zile, doza totală – 4 800 000; în cazul sifilisului terțiar – 6-9 mln U.
- *Benzylpenicilina* 1 mln U i/m, zilnic, 10-14 zile.
- *Bicillin-3* – se administrează cîte 1,8 mln U sau *Bicillini-5* – cîte 1,5 mln U de două ori pe săptămînă, cinci doze pentru curs în cazul sifilisului primar și zece doze la sifilisul secundar și la cel latent recent.

În caz de alergie la penicilină, poate fi utilizată:
- *Doxycycllini* 0,1 x 2 pe zi, oral, 14 zile;
- *Tetracycllini* 0,5 x 4 pe zi, oral, 14 zile;
- *Erytromycini* 0,5 x 4 pe zi, oral, 14 zile;
- *Azithromycini* 0,5 x 1 pe zi, oral, 10 zile;
- *Ceftriaxoni* 0,5 i/m x 1 pe zi, 10 zile.

Sifilis tardiv (>1an) sau cu durată necunoscută.
Se recomandă:
- *Benzanthini benzylpenicillini* (retarpen, penidural) – 2,4 mln i/m, dizolvată în soluție de 2% de lidocaină, cîte 1,2 ml în fiecare fesă în prima, a opta și a cincisprezecea zi de tratament;
- *Procaini penicillini* 600 000 U – 1 000 000 U i/m zilnic, 17-21 zile sau cîte 1,2 mln, 21 de zile;
- *Benzylpenicllini* 1 mln, i/m, zilnic, 21 de zile.

Scheme alternative:
- *Doxycycllini* 0,1 x 2 pe zi, 21-28 de zile, oral;
- *Tetracycllini* 0,5 x 4, – 28 de zile;
- *Erytromycini* 0,5 x 4, – 28 de zile.

Neurosifilis
- *Benzyl penicillini* 12-24 mln U intravenos pe zi (cîte 2-4 ml la fiecare 4 ore), 10-21 de zile;
- *Procaini penicillini* 1,2-2,4 mln U i/m, plus probenicidi 0,5 x 4 ori pe zi, oral, 10-21 de zile.

Posibilități de tratament pe durata sarcinii:

- *Benzanthini penicillini* 2,3 mln U i/m x 1 pe săptămînă, în prima și a opta zi de tratament;
- *Procaini penicillini* 600 000-1 200 000 U zilnic, 10-14 zile.

Scheme alternative:

- *Azithromycini* 0,5 zilnic, 10 zile;
- *Ceftriaxon* 250-500 mg i/m, zilnic, 10 zile.

Toți nou-născuții de la mame seropozitive vor primi benzanthylpenicillini 50 000 U/kg masă i/m, indiferent de faptul dacă mama a urmat sau nu un tratament.

Tratamentul sifilisului congenital:

- *Benzylpenicillini* 150 000U/kg masă, zilnic, intravenos, divizată în 6 prize, 10-14 zile;
- *Procaini penicillini* 50 000 U/kg i/m, zilnic, 10-14 zile.

Monitorizarea continuă a pacienților tratați.

Deși penicilina este foarte eficientă, la 2-10% dintre pacienți tratamentul poate fi reluat.

Se consideră eșecuri terapeutice:

1) reapariția manifestărilor clinice;
2) creșterea de patru ori a titrului testelor netreponemice;
3) menținerea unui titru constant, ce nu s-a redus cel puțin de patru ori în primele trei luni și de opt ori în primele șase luni de tratament.

Nereușita tratamentului, scheme de tratament suplimentar:

- *Benzylpenicillini* 1mln U la fiecare 4 ore i/m, 20 zile;
- *Benzanthin benzylpenicillin*i 2,4 mln U în prima, a opta și a cincisprezecea zi de tratament;
- *Procain benzylpenicillini* 1,2 mln U i/m x 1 pe zi, 20 de zile;
- *Ceftriaxon* 1,0 i/m x 1 pe zi, 10 zile.

Monitorizarea clinică se face:

1) la pacienții cu sifilis recent ori congenital: lunar, în primele 3 luni, apoi la 6, 9 și 12 luni de la tratament;
2) la pacienții cu sifilis tardiv, timp de 24 de luni după tratament;
3) la pacienții cu neurosifilis, minimum 36 luni, cu examinarea LCR la fiecare 6 luni.
4) contactații pacienților cu sifilis vor fi examinați și tratați profilactic ca și în cazurile sifilisului recent sau conform stadiului bolii.

Criteriile de tratament:
1) tratament adecvat;
2) dispariția semnelor clinice;
3) normalizarea testelor serologice.

3.4. Gonoreea

Este o boală infecțioasă produsă de Neisseria gonnorrheae (diplococ Gram negativ), transmisă aproape exclusiv pe cale sexuală, care afectează mai mult mucoasa uretrei, a endocervixului, a rectului, a laringelui și conjunctiva oculară. Răspîndirea infecției poate afecta, de asemenea, endometrul, trompele uterine la femei și prostata, epididimusul și veziculele la bărbați.

Este una dintre cele mai răspîndite ITS, cu perioada de incubație de 2-5 (1-14) zile.

3.4.1. Manifestări clinice

La bărbați, infecția gonococică primară afectează inițial uretra. De obicei, se manifestă prin simptome acute: disurie, secreții mucopurulente din uretră. Poate fi afectată de asemenea uretra posterioară, ceea ce favorizează dezvoltarea prostatitei gonococice, caracterizată prin dureri la urinare, tenezme vezicale la sfîrșitul micțiunii, erecții dureroase sau ejaculări accidentale. Epididimita gonococică debutează de obicei brusc, însoțită de febră, frisoane, edem scrotal unilateral ori bilateral, ce poate conduce la obturarea canalului epididimal și dezvoltarea oligospermiei sau azospermiei.

Alte simptome, întîlnite la bărbați în cazul gonoreii, sînt secrețiile din anus și durerile din regiunea perirectală.

Infecția disemenată este însoțită de febră, artrite septice, în cazuri foarte rare – de meningită și de endocardită.

La femei, de regulă, infecția decurge asimptomatic. Cel mai frecvent indiciu întîlnit este cervicita gonococică, caracterizată prin secreții mucopurulente abundente din cervix, colul fiind normal, hiperemiat sau edemațiat. Apariția uretritei gonococice inițiale poate fi întîrziată, deoarece partea ei anterioară este tapetată cu epiteliu scuamos rezistent la infecție. În cazul infecției, în timpul presării, uretra elimină secreții purulente. Uretrita poate fi asimptomatică sau însoțită de simptome urinare.

Endometrita gonococică este întîlnită în 30% de cazuri. Infecția ascendentă este favorizată de menstruație, avorturi, naștere și

are următoarele manifestări clinice: dureri, hipermenoree, menoragii. Este frecvent întîlnită și salpingita gonococică care favorizează piosalpinxul. În cele mai dese cazuri, ea cauzează sterilitatea feminină. Este caracterizată prin dureri în regiunea inferioară a abdomenului, dureri la palpația organelor genitale interne și prin febră.

Infecția este asimptomatică: cervicite >50%; infectarea rectului >85%; a laringelui > 90%.

La nou-născuți, acest tip de infecție provoacă conjunctivită purulentă.

Indicații pentru testare la gonoree:

- Simptome de disurie și secreții din uretră;
- Secreții mucopurulente din cervix;
- Partenerul sexual este infectat cu ITS sau are procese inflamatorii pelviene;
- Orhoepididimită acută;
- Inflamație pelviană acută;
- Conjunctivită purulentă la nou-născuți;
- Cercetare la solicitarea clientului.

3.4.2. Diagnostic de laborator

Diagnosticul poate fi confirmat în urma identificării agentului patogen – N.gonnorrheae. La bărbați, materialul patologic este recoltat din picătura matinală sau prin fibrosajul intrauretral, din faringe, din rect, din sedimentul urinei sau masînd prostata. La femei, materialul patologic este colectat din canalul cervical, din glandele Bartholin, uretră, rect sau din faringe.

Produsul recoltat va fi examinat după următoarele metode:

În frotiu colorat, după Gram, – se depistează diplocii intracelulari (în leucocite neutrofile) Gram negativi;

Colorați cu albastru de metilen – tehnică mai rapidă, dar mai puțin eficientă;

Imunofluorescență – tehnică costisitoare, dar care permite depistarea gonococilor chiar și în cantități mici;

Culturală – o metodă sigură de diagnostic;

Metoda de polimerizare în lanț – una costisitoare, dar foarte eficientă, mai ales în cazul pacienților asimptomatici.

3.4.3. Tratament

N. gonnorrheae este rezistentă la multe antibiotice, în special la penicilină, tetracicline și chinoline.

Indicații pentru prescripția tratamentului antibacterial:

- Depistarea prin metoda de laborator a N. gonorrheae;
- Indicații epidemiologice – partenerul sexual poate avea gonoree atunci cînd secrețiile mucopurulente sînt eliminate din cervix (la femei) și din uretră (la bărbați), iar testele de laborator sînt negative. În asemenea cazuri, se prescrie un tratament antibacterial împotriva gonoreei și a chlamydiei.

Scheme de tratament:

- *ceftriaxon* 250 mg x 1 i/m, doză unică;
- *cefexime* 400 mg per os, doză unică;
- *ciprofloxacina* 500 mg/zi, per os, doză unică;
- *ofloxacina* 400 mg/zi, per os, doză unică;
- *azithromicină* 1,0, per os, doză unică;
- *spectinomicină* 2 g i/m, doză unică.

Pentru bolnavii de gonoree este specifică asociația cu infecția chlamidiinică, prin urmare, este necesar să se administreze un tratament antichlamidiinic.

Scheme alternative:

Tratamentul cu penicilină este prescris doar atunci cînd este probată sensibilitatea gonococului la grupa penicilinei.

Tratamentul cu preparate din grupa cefalosporinelor este eficient în doză unică, deși există puține date clinice despre asemenea preparate.

Situații speciale:

Sarcina și lactația

- *Ceftriaxon* 250 mg i/m, doză unică;
- *Spectinomicină* 2,0 g i/m, doză unică;
- *Amoxicilină* 2,0 ori 3,0 g, peroral, doză unică.

Femeilor însărcinate, precum și celor care alăptează copilul, nu le sînt administrate fluorchinolone și tetracicline.

Forme diseminate

Se va efectua în condiții de staționar, iar conduita va depinde de caracterul afecțiunii.

Preparatele de elecțiune:

- *Ceftriaxone* 250 mg i/m ori i/v, la fiecare 24 de ore;
- *Cefataxim* 1,0 i/v, la fiecare 8 ore.

Scheme alternative:
- *Kanamicină* 1mlnU i/m x 2/zi;
- *Ciprofloxacină* 500 mg i/v x 2/zi;
- *Spectinomicină* 2,0 i/v x 2/zi.

Tratamentul se va efectua după 24-48 de ore de la dispariția semnelor clinice. În caz de necesitate, tratamentul va fi continuat, folosindu-se unul dintre următoarele preparate:
- *Ciprofloxacină* 500 mg x 2/zi;
- *Ofloxacină* 400 mg x 2/zi;
- *Lomefloxacină* 400 mg x 2/zi;
- *Doxiciclină* 0,1 g x 2/zi.

Tratamentul gonoblenoreei la nou-născuți:
- *Ceftriaxon* 25-50 mg/kg masă, dar nu mai mult de 125mg i/m ori i/v sau
- *Cefataxim100mg/kg i/m*
- Prelucrarea sistematică a conjunctivei cu ser fiziologic.

Conduita partenerilor sexuali

Partenerii sexuali, de asemenea, vor urma un tratament antigonoree și antichlamydia. În lista pacienților care necesită tratament vor fi incluse toate persoanele cu manifestări clinice ale gonoreei, precum și toți partenerii sexuali din ultimele 14 zile. În formele asimptomatice, vor fi tratați și partenerii din ultimele 90 de zile. Este recomandată testarea copiilor, mamele cărora sînt bolnave de gonoree.

Schemele de tratament al partenerului sînt aceleași ca și în cazul gonoreei acute.

Este recomandată efectuarea a cel puțin unui test de control după o săptămînă de la încheierea tratamentului, pentru a verifica eficiența terapiei antibacteriene.

Este considerat eficient tratamentul în urma căruia au dispărut toate manifestările clinice ale infecției, iar testele de laborator la gonoree sînt negative. Gonoreea depistată după tratament, prezintă, de cele mai dese ori, o reinfectare.

3.5. Trihomoniaza

Este o boală a tracului urogenital inferior, produsă de Trihomonus vaginali, ce se transmite pe cale sexuală. Organele afectate mai des de trihomonade sînt uretra și vaginul (la femei) și uretra (la bărbați), acestea fiind una din cauzele uretritelor negonococice.

Este o boală foarte des răspîndită în rîndul femeilor. Manifestările clinice, înregistrate la femei, sînt: vulvo-vaginita (hiperemia, edemul vulvei și al vaginului), hiperemia exocolului, secrețiile purulente și spumoase din vagin, de culoare gălbuie, cu miros neplăcut. Pot fi afectate, de asemenea, glandele bartholin, provocînd, astfel, abcesul lor. Afecțiunea uretrei este însoțită, de regulă, de simptome de disurie.

La bărbați, manifestările clinice constau din: uretrită (secreție din uretră, clară, rareori purulentă); simptome moderate de disurie; balanopostită. Trihomoniaza poate provoca prostatita și epididimita.

3.5.1. Metode de diagnostic

Microscopie directă – microscopia preparatului nativ (o picătură de secreție, amestecată cu ser fiziologic, ce urmează să fie examinată la microscop); microscopia frotiului colorat Giemsa, Leishman, Papanicolau;

Metoda culturală care se efectuează pe mediul Feinberg-Whittington. Este mai sensibilă decît microscopia directă și este recomandată, în special, femeilor.

3.5.2. Tratament

- *Tinidazol* (fasigyn) 2,0 g, oral, doză unică;
- *Metronidasol* 2,0 g, oral, doză unică.

Scheme alternative:

- *Metronidazol* 500 mg x 2/zi, oral, 7 zile;
- *Ornidazol* (Tiberal) 500 mg x 2/zi, oral, 7 zile;
- *Naxogyn* 500 mg x 2/zi, oral, 7 zile;

Forme complicate:

- *Tinidazol* 2,0 g x 1 pe zi, oral, doza totală 6,0 g;
- *Metronidazol* 500 mg x 4, zilnic, oral, 3 zile;
- Tratament local cu ovule ce conțin metronidazil în doză de 500 mg x 1, pe zi, 7-10 zile;
- *Ovule cu Ornidazol* 500 mg x 1 pe zi, 3-6 zile.

Tratamentul copiilor (1-5 ani) se efectuează cu metronidazol: 250 mg, cîte 1/3 comprimată, de 3 ori pe zi – 7 zile.

Pentru copiii de 6-10 ani, la fel, este recomandat metronidazolul: 250 mg, cîte 1/2 comprimată, de 3 ori pe zi – 7 zile.

În caz de necesitate, vor fi tratați și partenerii sexuali.

3.6. Șancrul moale

Șancrul moale este o infecție bacteriană, produsă de haemophilus ducreyi, numit *streptobacil Gram negativ*. Apar ulcerații genitale însoțite de adenopatie regională inflamatorie. Infecția este răspîndită mai mult în regiunile tropice și în subtropice. În ultimii ani, au început să fie înregistrate tot mai multe cazuri de acest tip de infecție și în Europa. Este cel mai des întîlnită la bărbați. Se transmite pe cale sexuală, perioada de incubație fiind de 3-5 zile.

3.6.1. Manifestări clinice

Primul simptom este formarea unei papule eritematoase care trece în ulcerație dolora, cu diametrul de 1-2 cm, cu margini rufoase, cu centrul acoperit cu exudat și fund fără indurație. Ulcerația se localizează: la bărbați, de obicei, pe prepuț ori pe teaca penisului, iar la femei – pe labiile mari, în regiunea perianală sau pe comisura posterioară. La 1-2 săptămîni de la ulcerație, apare adenopatia regională. Are caracter cronic, se vindecă într-un timp îndelungat și formează fistule și cicatrici fibroase.

Diagnostic

1) frotiu obținut prin puncție (aspirație din rană), colorat după Gram, metodă eficientă în 50% dintre cazuri;
2) cultura pe medii selective (la 33° și atmosferă umedă), metodă dificilă din punct de vedere tehnic, eficientă în 55% dintre cazuri;
3) biopsia ulcerației, aplicată foarte rar.

Tratament

- *Azithromycinum* 1,0, oral, doză unică;
- *Ceftriaxonum* 250 mg, i/m, doză unică;
- *Ciprofloxacinum* 500 mg, oral, de 2 ori pe zi, 3 zile;
- *Erytomycinum* 500 mg, oral, de 4 ori pe zi, 7 zile.

Tratamentul local nu este specific. Plaga poate fi spălată cu soluție salină. Nodulii fluctuanți pot fi aspirați, pentru a evita formarea fistulelor. Este contraindicată incizia ganglionilor fluctuanți, pentru că aceștia pot forma fistule.

3.7. Chlamydia trahomatis, limfogranulomatoza veneriană

Este o boală infecțioasă, produsă de Chlamydia trahomatis, care este o bacterie intracelulară, ce conține ambele tipuri de acizi nucleici. Are o răspîndire sporadică în toată lumea.

Se transmite pe cale sexuală. Perioada de incubație este de 3-30 de zile. Omul este singura gazdă naturală a Chlamydiei trahomatis. Se vizualizează prin colorație Giemsa. Chlamydiile nu penetrează pielea sau mucoasa intactă. Poarta de intrare poate fi chiar și o leziune mică.

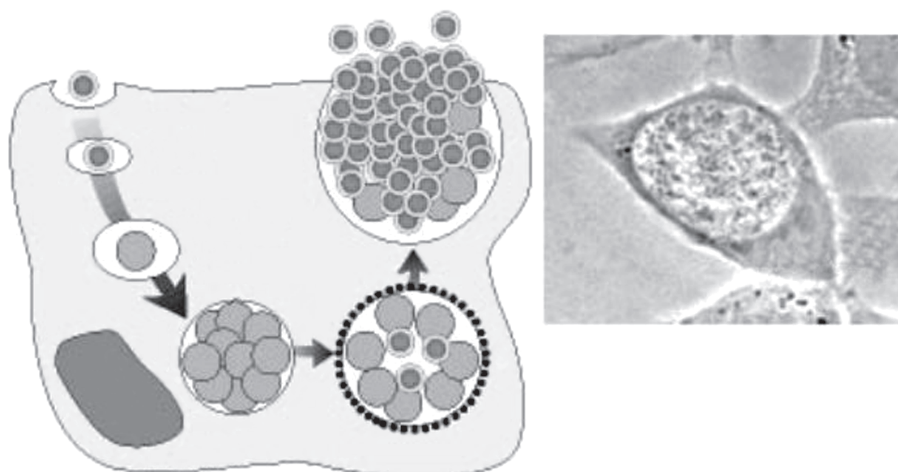
Chlamydia trahomatis are 15 serotipuri. Tipurile A, B și C produc trahomul, tipurile D-K produc chlamidiaza urogenitală. Ambele tipuri afectează uretra, cervixul, endometrul și mucoasa trompelor uterine. Tipurile L1, L2, L3 afectează țesutul limfatic și provoacă apariția limogranulomatozei.

3.7.1. Manifestări clinice

Chlamidiaza urogenitală nu are manifestări clinice specifice. De obicei, infecția decurge asimptomatic sau are manifestări clinice nesemnificative. Focarul primar de infecție se află în uretră, la bărbați, și în canalul cervical, la femei. Chlamydia trahomatis poate afecta și alte zone tapetate cu epiteliu cilindric: faringele, rectul, bursele sinoviale, conjunctiva oculară.

La bărbați, sînt înregistrate următoarele manifestări clinice: uretrita, epididimita și prostatita. În cazul femeilor: salpingita, oforita,

Fig. 3.1.
Ciclul de viață al chlamydiei.



pelviperitonita. Studiile au arătat că 70% de cazuri de sterilitate tubară sînt cauzate de chlamydia trahomatis, care provoacă procese autoimune în organele pelviene. Perioada de incubație este de 10-14 zile, după care, la bărbați, apare o secreție mucoasă neabundentă din uretră, iar la femei – din cervix.

În cazul limfogranulomatozei apare o eroziune de 5-8 mm, de culoare roz-roșie, cu bază moale, suprafață netedă, nedureroasă, ce se vindecă fără cicatrizare. De obicei, este neobservată. Mai tîrziu, poate apărea adenoptia regională, unilaterală (în o treime dintre cazuri – bilaterală), inflamatorie la palpație, ce se situează pe ambele părți ale ligamentului inghinal. Regresează spontan, în 8-12 săptămîni.

3.7.2. Diagnostic

Identificarea agentului patogen

Metoda culturală: Chlamydiile se cultivă doar pe culturi de țesuturi ori pe embrionar, metodă cu specificitate înaltă, dar costisitoare și aplicată foarte rar;

Imunofloriscența: depistarea antigenului direct prin tratarea cu anticorpi antichlamydia a frotiurilor din cervix, uretră, biopsie ganglionară. Sensibilitatea este mai scăzută și specificitatea testului este mai înaltă decît la metoda culturală, dar, în schimb, indică direct prezența antigenului. Eficiența metodei depinde mult de abilitățile profesionale ale persoanei care o aplică (50-95%).

Reacțiile de polimerizare sînt bazate pe amplificarea aminoacizilor chlamydia. Cele mai sensibile și specifice metode de diagnostic sînt de 70-95%.

Reacțiile ELISA, adică cele imunoenzimatice, bazate pe depistarea anticorpilor anticlamydia Ig M și IgG, sînt mai puțin specifice și mai puțin sensibile față de celelalte metode. Sînt puțin utilizate în țările dezvoltate (informativitatea metodei fiind de 20-85%).

Testele de control se efectuează cu ajutorul metodei culturale, peste 10-14 zile de la tratament. În cazul utilizării metodei imunofluorescente și a RPL, LCR, testele de control se fac peste 3-4 săptămîni de la încheierea tratamentului.

În cazul în care testele sînt pozitive, este indicată prescrierea unui tratament repetat.

3.7.3. Tratament

Scheme recomandate:

- *Doxicycllinum* 0,1 x 2/zi, oral – 7 zile;
- *Erytromycinum* 0,5 x 4/zi, oral – 7 zile;

- *Azithromycinum* 1,0, oral, doză unică.

Scheme alternative:

- *Ofloxacinum* 300 mg x 2/zi, oral – 7 zile;
- *Amoxycillinum* 500 mg x 3/zi, oral – 7 zile;
- *Tetracyclinum* 500 mg x 4 /zi, oral – 7 zile.

Tratamentul gravidelor:

- *Erytromycinum* 500 mg x 4/zi, oral – 7 zile;
- *Amoxycillinum* 500 mg x 3/zi, oral – 7 zile.

Femeilor însărcinate nu le poate fi prescris tratamentul cu doxycyclinum.

Încă nu a fost demonstrată inofensivitatea tratamentului cu azithromycinum, pe perioada sarcinii.

Tratamentul infecției Chlamydiei trahomatis la nou-născuți:

- *Erytrimycinum* 50 mg/kg masă, zilnic, divizată în 4 prize, 14 zile.

Limfogranuloma veneriană:

- *Doxycycllinum* 100 mg x 2/zi, oral – 14 zile;
- *Erytromycinum* 500 mg x 4/zi, oral – 14 zile;
- *Tetracyclinum* 500 mg x 4/zi, oral – 14 zile.
- Abstinență sexuală pe durata tratamentului, plus 7 zile după tratament.

3.8. Granulomul inghinal

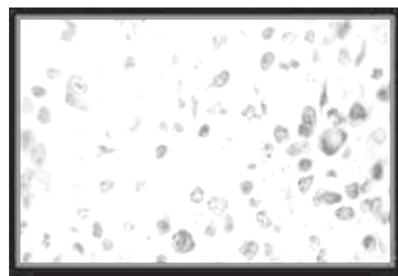
Maladia este cauzată de Klebsiella granulomatis, un bacil Gram negativ ce se colorează bipolar. Testele tisulare conțin incluziuni intracitoplasmatice (corpii Donovan) vizibili în urma colorației Wright.

Infecția este răspîndită în țările tropicale și subtropicale.

Perioada de incubație variază de la 9 la 50 de zile.

Fig. 3.2. Granulomul inghinal





3.8.1. Manifestări clinice

Începe cu o papulă sau cu un nodul subcutanat ce erodează și provoacă o ulcerație bine delimitată, nedureroasă. Ulcerația se extinde periferic. Zonele de elecțiune sînt labiile mari, perineul, pubisul, prepuțul, regiunea inghinală și perianală. Leziunile, de obicei, nu sînt însoțite de limfoadenopatie.

3.8.2. Diagnostic

Depistarea corpilor Donovan în plagă.

3.8.3. Tratament

- *Doxycyclinum* 100 mg x 2/zi, oral, cel puțin 3 săptămîni;
- *Erytromycinum* 500 mg x 4/zi, oral, 3 săptămîni;
- *Tetracyclinum* 500 mg x 4/zi, oral, 3 săptămîni;
- *Azithrimycinum* 1,0 g x 1 în prima zi, oral, după care cîte 500 mg zilnic.

Pacientul trebuie să urmeze tratamentul pînă cînd dispar manifestările clinice.

3.9. Vaginoza bacteriană

3.9.1. Caracteristici

Este o boală frecvent întîlnită la femeile de vîrstă reproductivă. În 20-30% dintre cazuri este provocată de o serie de agenți condiționat-patogeni anaerobi, cum ar fi: gardnerrela vaginalis, corynebacteriae, mobiluncus spp., bacteroiddes spp., mycoplasma hominis. În cazurile de dereglare a biocenozei vaginului, scade brusc cantitatea de lactobacterii și, respectiv, se creează un mediu favorabil dezvoltării florei condiționat patogene, care și provoacă această maladie.

Dezvoltarea vaginozei bacteriene poate fi favorizată de anumiți factori endogeni (schimbări hormonale, scăderea imunității, dereglarea biocenozei intestinului) și exogeni (duș vaginal frecvent, lenjerie sintetică, absorbante aromatizate, noi parteneri sexuali, tratament antibacterial, administrare de imunosupresoare, de preparate hormonale, utilizarea DIU). Încă nu există dovezi că această infecție se transmite pe cale sexuală.

Simptomele vaginitei bacteriene constau în inflamația moderată a mucoasei vaginale, prurit genital, scurgeri genitale moderate cu miros specific.

3.9.2. Diagnostic

Diagnosticul se stabilește în funcție de următoarele criterii:

Prezența eliminărilor vaginale omogene, cu aspect lăptos și cu miros specific, cu pH vaginal >4,5 (test cu hîrtie de turnesol);

Atunci cînd testul cu KOH 10% este pozitiv, apare miros de pește alterat la turnarea soluției peste frotiul nativ;

Prezența în frotiu a „celulelor-cuie".

Vaginita bacteriană poate fi depistată, utilizînd metoda culturală.

3.9.3. Tratament

Recomandat:

- *Metronidazolum* 500 mg x 2/zi, oral – 7 zile sau *Metronidazolum* 2,0 oral, doză unică;
- *Clindamycinum* 300 mg x 2/zi, oral – 7 zile.

Tratament local:

- Aplicarea cremei de clindamycinum de 2% (5g) pe noapte, intravaginal, 7 zile succesive;
- *Metronidazolum* 0,75% (5 g), i/vaginal, de 2 ori pe zi, 5 zile;
- Ovule vaginale cu metronidazolum 500 mg, de 2 ori pe zi, 5 zile.

3.10. Candidoza

3.10.1. Caracteristici

Candidoza urogenitală este o problemă medico-socială actuală. Este o infecție ce cuprinde, în special, pielea, mucoasele și anumite organe interne și este cauzată de levuri aparținînd genului Candida, mai ales Candida albicans (în 90% de cazuri), Candida glabrată (5%-10%) și Candida tropicalis (3%-5%). Este o infecție condiționat patogenă, dezvoltarea ei fiind influențată atît de factori endogeni (dereglări endocrine, imunodeficiență, schimbări reactive în organism, avitaminoze – A, B6, C), cît și de factori externi (utilizare de contraceptive hormonale, imunosupresoare, tratament cu raze, regim alimentar bogat în glucide, administrarea antibioticelor).

În prezent, nu există o clasificare tipică a candidozei. Sînt, totuși, evidențiate două forme de candidoză: acută și cronică recidivantă.

Candidoza se caracterizează prin: secreții caseoase abundente alb-gălbui ce aderă la pereții vaginului; mucoasa vaginului este hiperimată, edemațiată; pH vaginului este acid; uretrită, balanopostită, balanită cu erupții eritematoase, acoperite cu un strat alb-cenușiu (la bărbați). Acest tip de infecție are următoarele simptome: prurit genital, disurie, dureri în regiunea organelor genitale externe.

Afecţiunea poate fi diagnosticată prin tabloul clinic, microscopia frotiurilor native şi colorate, precum şi cu ajutorul metodei culturale.

3.10.2. Tratament

Candidoza vaginală acută

De obicei, se administrează tratament local;

- *Gyno-travogenum* 0,6 ovule vaginale, doză unică;
- *Clotrimazolum,* pastile vaginale de 0,1 sau 0,2;
- *Miconazolum,* ovule vaginale 0,1 g, timp de 3-5 zile;
- *Econazol* (Gyno-pevaryl) 150 mg x /zi – 3zile;
- *Natamycinum* (Pimafucinum), ovule 0,1 g, cremă 2%, se administrează 7-10 zile;
- *Nistatinum* 500000 U, ovule x 2/zi – 7 zile.

Tratamentul local se efectuează prin inserţia intravaginală a cremelor şi a ovulelor sau prin aplicarea pe mucoase şi piele, timp de 3-7 zile.

Candidoza cronică recidivantă

- *Orungal (itraconazol)* – 0,1, cîte 2 capsule, oral, doză unică sau 1capsulă de 2 ori pe zi, timp de 3 zile;
- *Fluconazol* (capsule 0,15; 0,1; 0,05), oral, doză unică, 150 mg;
- *Natamicină* 0,1 g x 4/zi, oral, 7-12 zile.

La femeile însărcinate se administrează un tratament local, cu preparate de natamicinum, isoconazolum, clotrimazolum.

3.11. Herpesul genital

3.11.1. Caracteristici

Herpesul este, astăzi, cea mai răspîndită infecţie în rîndul celor virale. Mai mult de 90% din populaţia Globului Pămîntesc este purtătoare a virusului herpes simplex I şi doar 20% poate avea anumite manifestări clinice. Virusul HS afectează, de cele mai multe ori, pielea şi mucoasele (în special, zona oro-labială şi organele genitale), dar mai poate afecta sistemul nervos central şi conjunctiva oculară. În cazuri rare, VHS I se localizează pe organele genitale. Alt tip al virusului – VHS II – afectează organele genitale, el fiind contractat pe cale sexuală sau în timpul naşterii (nou-născutul poate fi contaminat în timpul naşterii). Transmiterea virsului are loc prin contact direct cu leziunile sau secreţiile infectate. Eliminarea asimptomatică de virus (70%) duce, la fel, la răspîndirea infecţiei.

Femeile sînt cele care, la infecția primară cu herpes, suportă manifestări clinice serioase. Acestea se manifestă, de regulă, printr-o dureroasă vulvo-vaginită acută și prurit genital. Pe mucoasa valvară pot să apară buchete de vezicule și de eroziuni policiclice, unele aftoide, ce invadează colul și vaginul. Erupția poate fi însoțită de adenopatie inghinală, disurie. Vindecarea spontană durează trei săptămîni. La bărbați, infecția primară este mai puțin severă și are aceleași manifestări clinice în cazul ambelor tipuri de virus. În jumătate dintre cazuri, herpesul primar poate fi neobservat.

În majoritatea statelor dezvoltate, herpesul genital recurent este cea mai frecventă cauză a ulcerațiilor genitale. Herpesul poate recidiva în același loc, motivele fiind: depresia imunitară, alte infecții prezente în organism, stresul, administrarea imunosupresoarelor, menstruația, subnutriția, raporturile sexuale. De cele mai multe ori, recurența infecției este caracteristică VHS II. Simptomele recurentului ar fi următoarele: senzațiile de arsură și pruritul, urmate la scurt timp de apariția unei plăgi eritematoase, pe suprafața căreia apar în doar cîteva ore vezicule grupate ce se crustifică, după care se vindecă.

Herpesul genital pe durata sarcinii poate fi cauza unei infecții grave a nou-născutului, cum ar fi pneumonia herpetică, ce poate fi contractată în timpul nașterii și care pune în pericol viața copilului.

3.11.2. Diagnostic

Diagnostic paraclinic: tabloul clinic al herpesului este foarte specific, testele de laborator fiind justificate doar în anumite cazuri de herpes atipic.

Metode de laborator

- Citodiagnostic, efect citopatogen, specific virusurilor herpetice: edem celular și celule multinucleate, cu incluziuni eozinofilice intracelulare;
- Imunofloriscența, adică determinarea antigenelor virale cu ajutorul anticorpilor, este rapidă, necostisitoare și permite diferențierea virusurilor VHS I, VHS II și varicelozosterian;
- Microscopie electronică, metodă rapidă, costisitoare, care nu diferențiază tipurile de virusuri;
- Culturală, creșterea și identificarea virusurilor pe culturi celulare;
- Serologică, depistarea anticorpilor antiherpetici prin reacție de imunofluorescență, nu face deosebire dintre tipurile I și II. Serologia clasică nu este de ajutor în cazul herpesului recidivant.

Reacțiile serologice, Western blot și ELISA, au o valoare diagnostică superioară celor clasice. Testele pentru depistarea VHS I nu sînt prea diferite față de cele VHS II, care au o sensibilitate înaltă. Nu a fost probată încă necesitatea și eficiența testării pacienților cu ITS și a gravidelor cu ajutorul metodei serologice.

Depistarea unei infecții cronice asimptomatice, prin metode de laborator, poate avea un impact psihologic negativ asupra pacientului.

3.11.3. Tratament

Pentru prescrierea tratamentului în cazul unui herpes primar este suficientă doar o clinică, fără confirmare de laborator.

- *Acyclovir* 400 mg x 3 ori pe zi, oral, sau cîte 200 mg x 5 ori pe zi, oral; 5-10 zile;
- *Famciclovir* 500 mg x 2/zi, oral, 5-10 zile;
- *Valacyclovir* 1,0 x 2/zilnic, oral, 5-10 zile;
- *Valtrex* 500 mg x 2/zi, oral, 5-10 zile.

Tratament de supresiune (antirecidivant):

- *Acyclovir* 400-800 mg, de 2-3 ori pe zi, oral, zilnic;
- *Famciclovir* 500 mg x 2 ori pe zi, oral, zilnic;
- *Valacyclovir* 500 mg x 2/zi, oral, zilnic.

Partenerii sexuali care au forme asimptomatice vor fi testați pe cale serologică și în caz de necesitate vor fi supuși tratamentului.

Se recomandă, de asemenea, tratament local, prin aplicare a unui unguent de acyclovir de 5% , extern, de 5 ori pe zi, la debutul bolii.

În cazul femeilor gravide, se utilizează acyclovir-ul în doze standard. Dacă în ultimele patru săptămîni pînă la naștere a fost descoperit un herpes primar, medicii ar trebui să aplice cezariana, astfel fiind evitată contaminarea nou-născutului. În restul cazurilor, este recomandată nașterea naturală.

3.12. Infecții genitale cu papilomovirusuri umane

3.12.1. Caracteristici

Papilomovirusurile umane sînt ADN-virusuri, capabile să producă proliferarea celulelor epiteliale scuamoase ale pielii și ale mucoaselor.

Din cele 80 de tipuri de virusuri PVU, 45 pot afecta mucoasa organelor genitale și se transmit pe cale sexuală.

Epidemiologie: circa 30-50% din populația adultă este contaminată cu VPU, însă, doar 1-2 % dintre cei contaminați au leziuni clinic vizibile.

Deocamdată, singura cale probată de transmitere a acestor virusuri este cea sexuală. Contaminarea de la mamă la nou-născut este întîlnită foarte rar.

Manifestări clinice

Candiloame ano-genitale:

- Candiloame acuminate care afectează mucoasa genitală și zona perigenitală. Pe mucoase apar mici formațiuni papiloase, roz-roșietice, nekeratozice, care, datorită macerației, capătă un aspect albicios, cresc progresiv în număr și dimensiuni, căpătînd aspect de conopidă. Se localizează în zonele de fricțiune coitală maximă. Se pot răspîndi și perianal. Ele pot evolua spontan, dar recidivează frecvent.
- Condiloamele plane ale colului uterin prezintă o formă aparte de condiloame genitale, care afectează colul uterin. Sînt dificil de observat, vizualizarea lor fiind posibilă în urma aplicării acidului acetic de 5%. Au un potențial oncogen în 30-50% dintre cazuri (vezi cancerul de col). Dintre displaziile cervicale, se asociază cu infecțiile cu VPU, aproximativ 10% evoluînd spre carcinom invaziv.
- Papuloza bowenoida – leziuni papiloase multicentrice, izolate, de culoare roză, violacee sau brună, au suprafața netedă, uneori leucokeratinizată, sînt specifice printr-o dezorganizare arhitecturală epidermică, cu potențial oncogenic sporit.
- Condiloma gigantă (Buschke-Lowenstein) prezintă o formă tumorală agresivă, care simulează epiteliomul invaziv. De regulă, tumoarea este benignă și nu metaplazează.

3.12.2. Diagnostic paraclinic

Este recomandată prelucrarea condiloamelor cu acid acetic de 5%. După aplicarea lui, condiloamele devin albe pentru cîteva minute;

În puține cazuri, este necesară aplicarea colposcoei;

Examenul histopatologic este util pentru observarea schimbărilor citopatologice, caracteristice unor tipuri de VPU.

Diagnosticul virusologic se bazează pe tehnici biochimice și pe analiza moleculară a ADN-ului viral. Acest test permite depistarea tipurilor oncogene de VPU.

3.12.3. Tratament

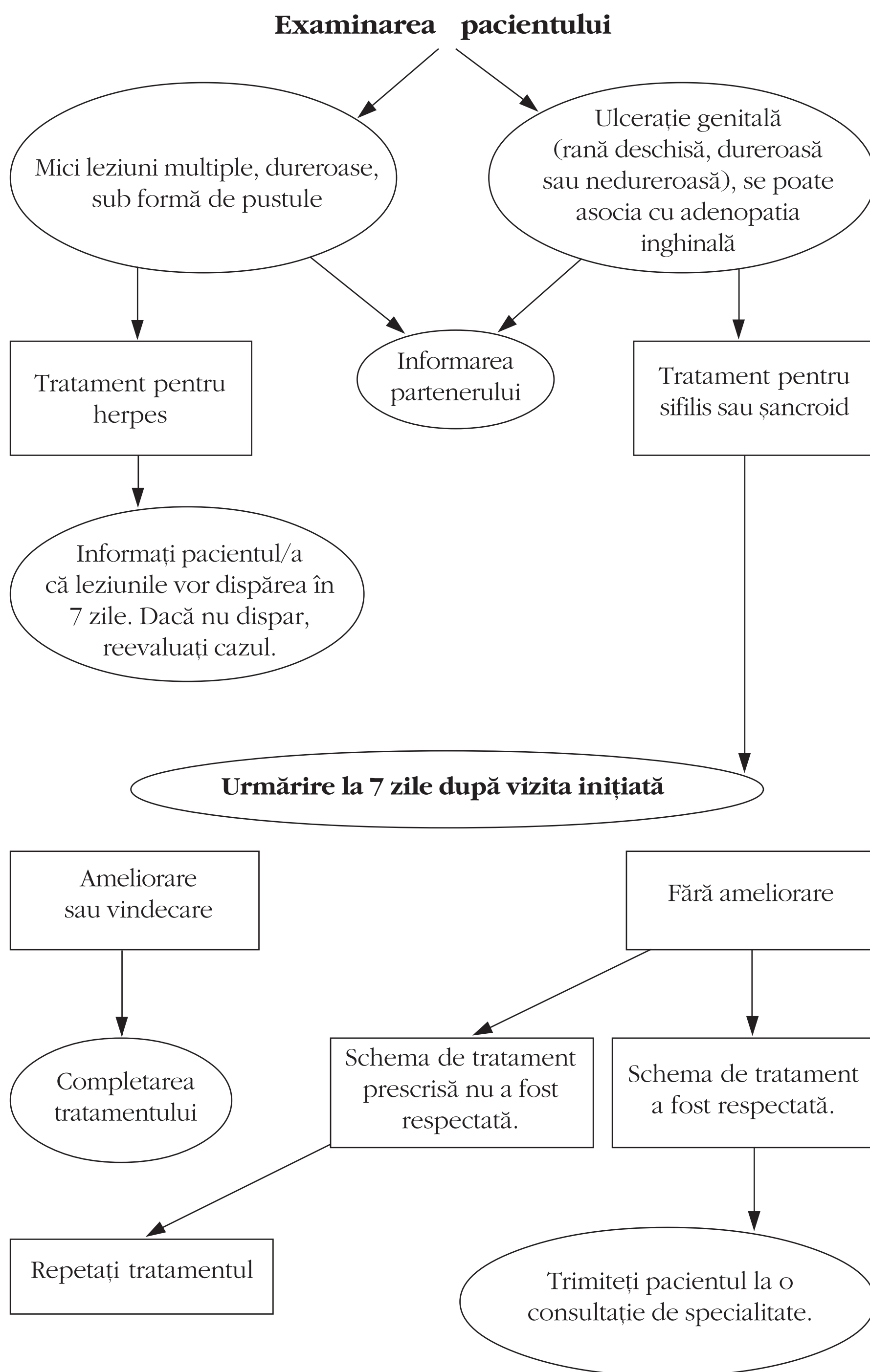
Tratamentul presupune distrugerea condiloamelor prin diferite metode:

- Aplicații pe condiloame cu sol de *podophilotoxinum* de 0,5% sau *podophillini* 10-25%. Se aplică de două ori pe zi, 3 zile consecutiv, după care urmează o pauză de 3 zile. Tratamentul durează 4-6 săptămîni.
- *5-floururacillum* unguent, aplicat pe condiloame zilnic, timp de 7-8 săptămîni.
- *Immiquimod* de 5% se aplică seara, 3 zile pe săptămînă, pînă la dispariția condiloamelor. Acest preparat stimulează procesele antivirale și antitumorale.

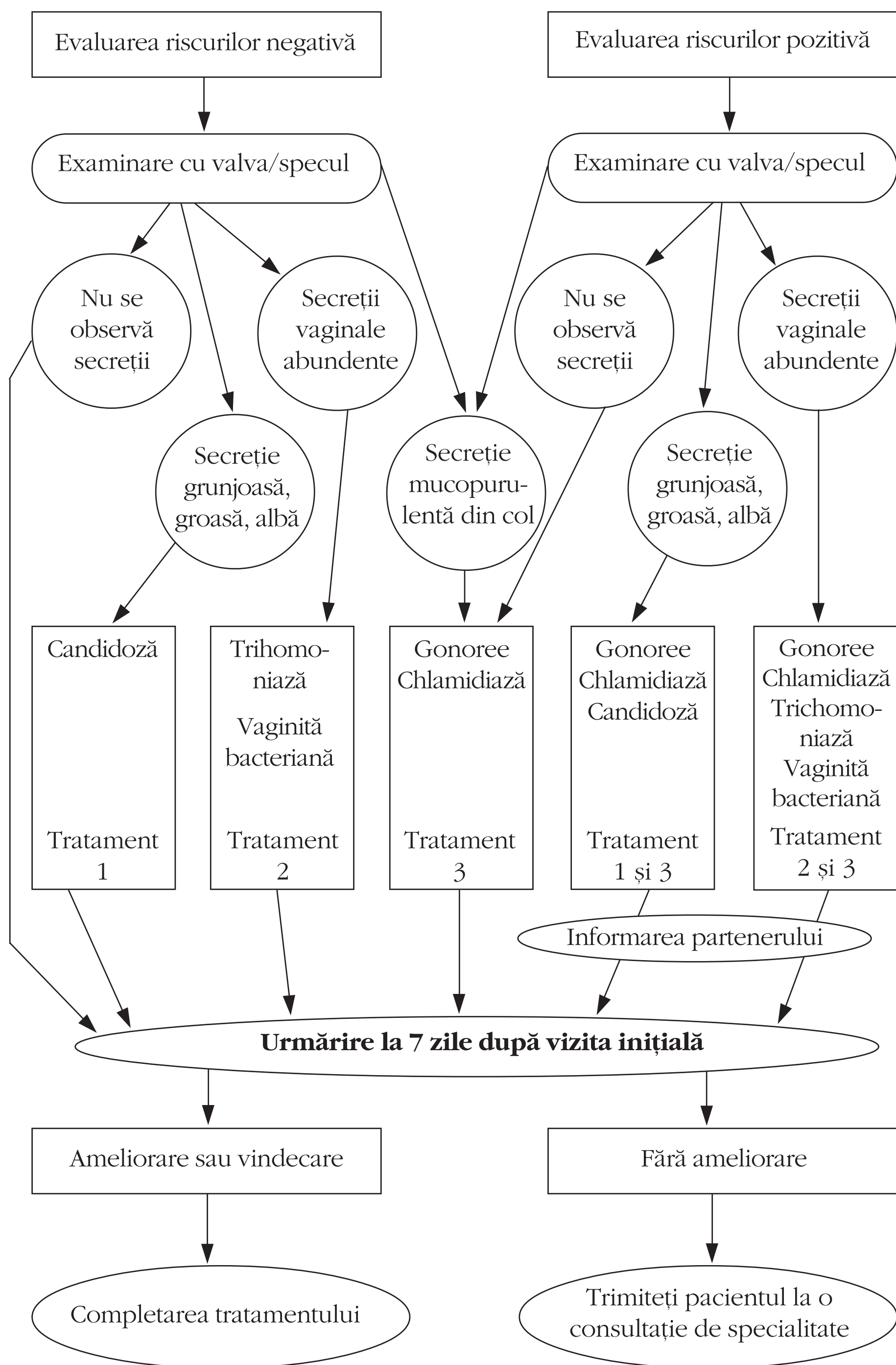
Tratament chirurgical constînd în înlăturarea condiloamelor cu bisturiul sau cu foarfecele, după care urmează criodistrucția cu azot lichid, protoxid de azot, dioxid de carbon aplicîndu-se pe leziune pentru a o suprima, prin citoliza indusă. Acidul trichloracetic de 80-90% se utilizează cu precauție.

Electrocoagularea și fotovolatilizarea cu Laser CO – această metodă solicită mari precauții, pentru a putea evita unele necrozii adînci. Poate fi utilizată pentru gravide.

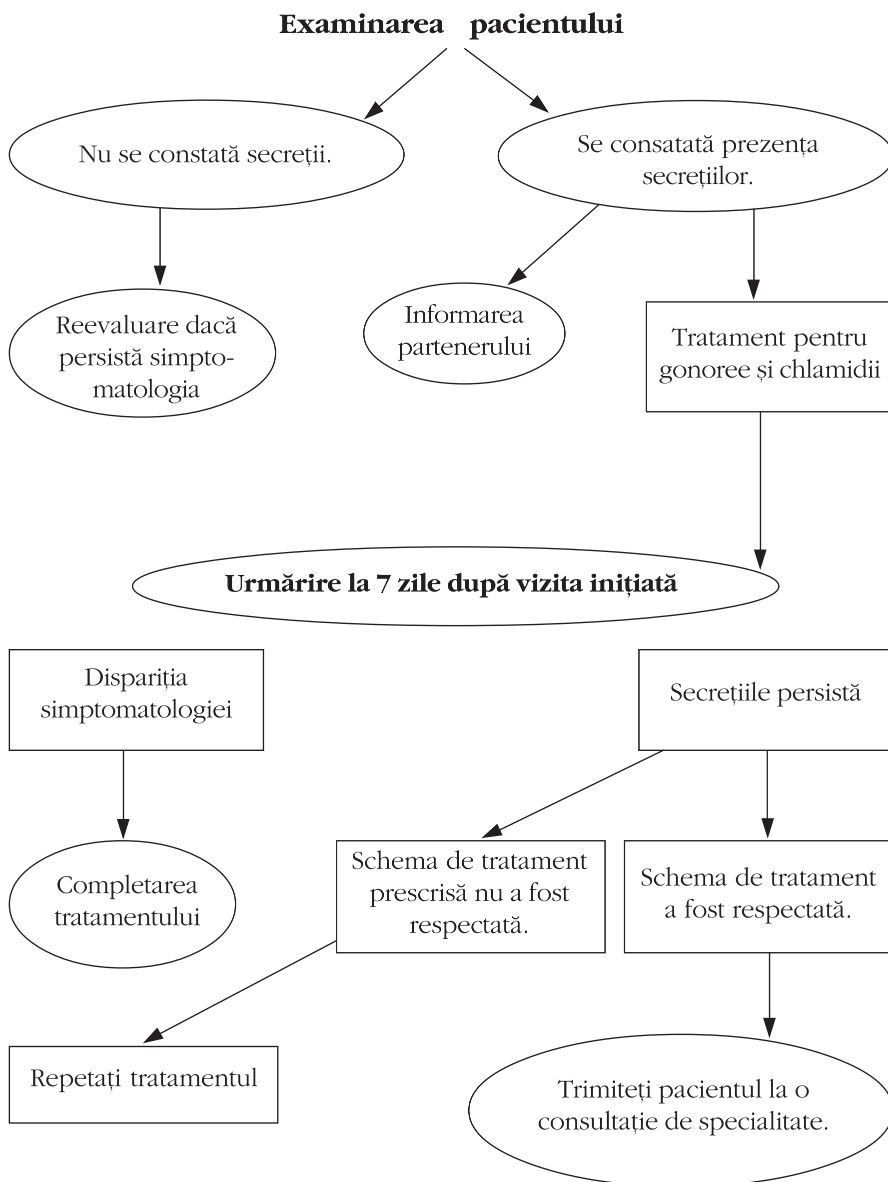
3.13. Ulcere genitale



3.14. Secreții vaginale



3.15. Secreții uretrale



CAPITOLUL IV

Fiziologie. Reglarea ciclului menstrual. Acțiunea hormonilor asupra sistemului nervos central, periferic și asupra metabolismului

4.1. Fiziologia organelor genitale feminine

4.1.1. Caracteristici generale

Fiziologia organelor genitale feminine are două componente: hormonală și reproductivă.

În organismul feminin au loc modificări ciclice (ciclul menstrual) ce sînt rezultatul influenței hormonilor sistemului hipotalamo-hipofizar asupra ovarelor. Acestea din urmă, la rîndul lor, secretă hormoni sexuali, numiți *estrogeni* și *progesteron*, care produc modificări în sistemul genital și în întreg organismul.

Durata medie a ciclului menstrual este de 28 zile. Ea este determinată ereditar, de aceea variază de la 21 la 35 de zile. Prima menstruație, numită *menarha*, apare la vîrsta de 10-16 ani. Menstruațiile devin regulate în următoarele 6-12 luni după primul ciclu menstrual.

Hormonii hipotalamici, numiți *liberini*, traversează axonii neuronilor neurosecretori, ajung în hipofiza anterioară (adenohipofiza) și stimulează producerea de hormon foliculostimulent și de hormon luteinizant, aceștia din urmă determinînd funcția de reproducere a femeii. Alți hormoni stimulatori produși de hipotalamus sînt: tyrotropin, corticotropin, de creștere, prolactin, melanocit.

Hipotalamusul elimină și hormonii inhibitori, numiți și *statini*.

Secreția de hormoni liberini este pulsatilă, la fiecare 90 min, în faza foliculară precoce, apoi la fiecare 50 min, la finele acestei faze. În faza luteală, eliminarea de hormoni liberini are loc la fiecare 2-4 ore.

4.1.2. Hormonii hipofizari

Lobul anterior al hipofizei, numit și *adenohipofiză*, secretă:

- gonadotropinele sau HFS și hormonul luteinizant (LH);
- hormonul tireostimulent;
- hormonul de creștere;
- prolactina;
- hormonul adrenocorticotrop;
- hormonul stimulent al melanocitelor.

Lobul posterior al hipofizei secretă:

- oxitocina;
- hormonul antidiuretic.

Hormonul foliculo-stimulent este responsabil de creșterea și maturizarea foliculului, de proliferarea celulelor membranei granuloase și de producerea lichidului folicular, adică de secreția estrogenului.

Hormonul luteinizant este responsabil de ovulație, de formarea și funcționarea corpului galben și, deci, de secreția progesteronului.

Prolactina participă la maturizarea foliculului, a ovulului și la formarea corpului galben, iar după naștere – la producerea de lapte. Un conținut mai înalt de prolactină inhibă ovulația.

Celulele hipotalamusului integrează informația venită din mediul intern și din cel extern, recepționată din diferite regiuni ale sistemului nervos central. Astfel, hipotalamusul este cel care, pe durata ciclului menstrual, creează starea de foame și de stres. Tot hipotalamusul este cel care determină comportamentul sexual, temperatura corpului, cantiatea de alimente și de apă consumată.

Ciclul ovarian este influențat de acțiunea gonadotropinelor și conține trei faze:

1. de dezvoltare a foliculului, numită și *faza foliculară*;
2. ovulația;
3. formarea și dezvoltarea corpului galben, numită și *faza luteală*.

4.1.3. Faza foliculară

Faza foliculară este determinată de acțiunea hormonului foliculo-stimulent asupra receptorilor situați pe ovar. În primele patru zile ale ciclului ovarian are lor „recrutarea“ foliculilor (circa 1000 de foliculi primordiali), dintre care în următoarele trei zile va fi ales unul dominant, ce va ajunge la maturizare în ziua a 13-14 a ciclului menstrual. Restul foliculilor „recrutați“ se vor atrofia. În perioada de maturizare a foliculului dominant se proliferează granuloasa, se maturizează ovulul, se acumulează lichidul folicular și se produc estrogeni. Sinteza estrogenului are loc în urma aromatizării androstendionului, produs de teaca internă a ovarului. Pe măsură ce cantitatea estrogenului crește, secreția de HFS se diminuează. Spre sfîrșitul fazei foliculare, începe secreția de HL, care produce luteinizarea granuloasei și provoacă secreția crescută de progesteron.

4.1.4. Ovulația

Ovulația este ruptura folicului matur și expulzarea ovulului din folicul. Ovulația are loc la circa 12-14 zile înainte de următoarea

menstruație și este determinată de nivelul înalt de HFS și de HL. Deci, durata ciclului menstrual depinde de faza foliculară, cea luteală fiind una și aceeași – de 12-14 zile.

4.1.5. Faza luteală

În cavitatea fostului folicul se acumulează sînge și limfă. Celulele granuloase luteinizate se hipertrofiază și produc progesteron în cantități sporite. În prima jumătate a fazei luteale, concomitent cu creșterea treptată a progesteronului, se mărește și secreția de estrogen. Treptat, corpul galben este vascularizat. Producerea maximă de progesteron are loc în zilele 21-23 după ovulație, după care cantitatea lui începede să scadă.

4.1.6. Ciclul uterin

În evoluția ciclului uterin pot fi evidențiate patru faze:

A. de regenerare;
B. proliferativă;
C. secretorie;
D. de descuamare.

A. Faza de regenerare

Fiecare ciclu menstrual finalizează cu necrotizarea, descuamarea și eliminarea din uter a stratului funcțional al endometrului ca urmare a reducerii cantității de estrogen și de progesteron. După eliminarea stratului funcțional, epiteliul din regiunea glandelor situate în stratul bazal al endometrului va acoperi treptat toată suprafața internă a uterului. În același tempou, va avea loc și revascularizarea endometrului. Faza de regenerare începe în ziua a doua a menstruației și are loc aproape concomitent cu cea de descuamare. Din acest motiv, uneori în ciclul uterin sînt evidențiate doar trei faze.

B. Faza proliferativă

Într-un ciclu de 28 zile, această fază are loc în zilele 5-14 ale ciclului. Pe durata fazei date, crește și se îngroașă stratul funcțional al endometrului. Schimbarea are loc sub influența estrogenilor. După regenerarea epiteliului și a glandelor (la începutul fazei glandele sînt rare și rectilinii), sporește numărul lor, se înmulțesc celulele endometrului, cresc arteriolele spiralate. Spre sfîrșitul fazei proliferative, arterele spiralate devin ondulate, iar lumenul glandelor endometriale devine larg.

C. Faza secretorie

Are loc între zilele 15-27 ale ciclului menstrual. În aceste zile se produce și se secretă progesteronul. Glandele endometrului continuă să crească, lumenul lor este plin de secreții, celulele secretorii conțin mult glicogen, arterele spiralate sînt bine dezvoltate, iar stroma este evidențiată. Spre sfîrșitul fazei secretorii, în epiteliu apar fenomene degenerative, scade edemul stromei.

D. Faza de descuamare

Presupune detașarea și eliminarea din uter a stratului funcțional al endometrului. Dacă ovulul eliminat din folicul nu este fecundat (el poate fi fecundat doar în primele 24 de ore după eliminare din folicul), secreția de progesteron scade treptat, iar cantitatea de estrogen se reduce brusc, favorizînd astfel o ischemie a stratului funcțional. Producerea locală a prostoglandinelor provoacă o vasoconstricție la nivelul stratului funcțional, formarea de hematoame, aderarea trombocitelor la nivelul leziunilor capilare. După vasoconstricție, survine dilatarea vaselor sangvine, desprinderea stratului funcțional, eliminarea lui din uter și apariția sîngerării menstruale. Durata acestei faze este de 4-5 zile.

4.1.7. Efectele hormonilor sexuali asupra organismului

A. Estrogenii

Pe perioada maturizării sexuale, estrogenii determină dezvoltarea corpului adolescentei, adică depunerea grăsimilor în porțiunile specific feminine – coapse, sîni, determină apariția semnelor sexuale secundare, dezvoltarea uterului și a ovarelor. Principalele efecte ale estrogenului asupra femeilor adulte sînt:

- Proliferarea mucoasei uterine;
- Stratificarea mucoasei vaginale;
- Creșterea și multiplicarea canalelor galactofore;
- În sistemul cardiovascular, estrogenii sînt cei care ajută la coagularea sîngelui și producerea angiotensinogenului.
- Estrogenul diminuează secreția glandelor sebacee, ajută la formarea masei osoase, contribuie la creșterea producerii mucusului, cristalizării și permeabilității lui (la colul uterin);
- În cazul metabolismului lipidic, are o acțiune antiateromatoasă;
- La metabolismul hidro-mineral, ei rețin sarea și lichidul în țesuturi, iar la cel proteic – sporesc sinteza proteinelor transportatoare în ficat;
- Estrogenii infuențează și asupra sistemului nervos central, sporind atracția sexuală la femei.

B. Efectele progesteronului

Ca și estrogenul, progesteronul acționează asupra:

- Mucoaselor (are acțiune antiproliferativă);
- Sînilor (stimulează creșterea alveolo-acinoasă);
- Sistemului cardiovascular (stimulează fibrinoliza);
- Pielii (are acțiune antiandrogenică);
- Colului uterin (mărește densitatea mucusului cervical);
- Metabolismului lipidic (este puțin influențat);
- Metabolismului proteic (sporește neînsemnat catabolismul proteic);
- Metabolismului hidro-mineral (are acțiune diuretică);
- Musculaturii netede (reduce tonusul și contractibilitatea uterului, a trompei uterine și a altor mușchi netezi din alte organe);
- Sistemului nervos central (produce o instabilitate psihică și mărește temperatura bazală).

4.2. Fiziologia organelor genitale masculine

Ambele funcții – de sinteză a hormonilor sexuali și de producere a spermatozoizilor – este îndeplinită de testicule.

Spermatogeneza are loc în tubii seminiferi ai testiculelor, în prezența androgenilor, iar sinteza hormonilor se produce în țesutul interstițial al lor de către celulele Leydig.

Spermatogeneza are trei faze:

1. Proliferarea spermatogoniilor pînă la spermatocit de ordinul I;
2. De maturizare și de formare a spermatidelor;
3. De spermiogeneză, adică de formare a spermatozoizilor, care ajung la maturizare completă în epididim.

Spermatogeneza are loc sub acțiunea HFS, iar producerea androgenilor, sub acțiunea HL.

CAPITOLUL V

Criteriile de alegere a metodei de contracepție

Clientul este cel care alege metoda de contracepție, dar numai după ce a trecut consilierea medicului. Pe durata consilierii, medicul trebuie să prezinte, înainte de toate, eficiența fiecărei metode.

5.1. Eficiența metodei

Eficiența metodei este determinată de indicele Pearl, ce se stabilește după numărul de sarcini survenite la 100 de persoane ce au utilizat această metodă timp de un an. Astăzi, nu există nici o metodă de contracepție ce ar avea un indice Pearl de 0. Dacă indicele este de pînă la „1“, atunci metoda este considerată foarte eficientă. Dacă indicele lui variază de la „2“ la „9“, atunci metoda este eficientă, iar dacă acesta este între „10“ și „30“, ea este mai puțin eficientă.

Eficiența metodelor de contracepție

Metoda	Indicele Pearl la utilizarea corectă	Indicele Pearl la utilizarea obișnuită
Contracepția orală combinată	0,1	6 – 8
Contracepția injectabilă combinată	0,1-0,4	0,1-0,4
Pastile orale cu progestagen	0,5	1,0-10,0
Injectabile cu progestative	0,3	0,3
Implanturi	0,1	0,1
Dispozitive intrauterine	0,5	0,5 – 0,8
Sterilizare chirurgicală feminină	0,2-0,4	0,2 – 0,4
Sterilizare chirurgicală masculină	0,1 – 0,15	0,1 – 0,15
Metoda amenoreei de lactație	0,5	1,0-2,0
Prezervative	2,0	12,0
Spermicide	3,0	21,0
Metode naturale	9,0	20,0

Din tabelul de mai sus, se poate observa că metodele ce nu depind de utilizator au o diferență neînsemnată a indicelui Pearl la utilizarea corectă, precum și la cea obișnuită. În cazul metodelor ce solicită atenția sau responsabilitatea utilizatorului, diferența este considerabilă (pastile hormonale, prezervative, metodele naturale).

5.2. Prețul contraceptivelor

Prețul contraceptivelor este un factor important pentru cuplurile cu resurse financiare limitate. În cazul lor, e necesar să recomandați farmaciile în care aceste contraceptive sînt vîndute la prețuri mai mici. Este important să le spuneți clienților că ei pot obține contraceptive gratuite la cabinetele de planificare familială. La fel de important este să le ziceți că utilizarea contraceptivelor îi va proteja de o sarcină nedorită, întreruperea sau acceptarea căreia va necesita cheltuieli financiare considerabile.

5.3. Efectele adverse

Efectele adverse ale contraceptivelor apar în primele 2-3 luni de utilizare. Ele nu prezintă pericol pentru sănătatea sau viața femeii și nu necesită întreruperea metodei. Primele 2-3 luni sînt perioada de adaptare a organismului la contraceptiv și clienta va avea nevoie de o consiliere pentru diminuarea efectelor.

5.4. Complicațiile

Complicațiile pot apărea după o perioadă mai îndelungată de folosire a contraceptivelor. Ele ar putea pune în pericol sănătatea și chiar viața femeii, de aceea, în aceste cazuri, ar fi obligatorie renunțarea la metoda concretă. Unele complicații pot fi evitate în urma examinării detaliate a pacientei. În cadrul consilierii, pacienta trebuie să fie informată despre semnele de urgență ce pot apărea.

5.5. Efectele secundare benefice

Utilizarea metodelor de contracepție are numeroase efecte benefice pentru sănătatea femeii sau a cuplului. Astfel, COC diminuează cantitatea sîngelui pierdut pe durata menstruației, reduce din durerile menstruale, previne unele forme de tumori. Metodele de barieră scad riscul infecțiilor cu transmitere sexuală. Este bine ca în procesul de consiliere, cuplurile să fie informate despre aceste urmări favorabile ale contraceptivelor.

5.6. Reversibilitatea

Reversibilitatea constă în restabilirea fertilității după întreruperea metodei de contracepție. Este importantă, în special, pentru cuplurile tinere și cele ce doresc să mai nască copii. Sterilizarea chirurgicală feminină și masculină este singura metodă de contracepție ce supri-

mează aproape în întregime capacitatea de procreare. DIU sporește riscul bolilor inflamatorii pelviene, din acest motiv nu este recomandat femeilor care nu au suportat nici o naștere. Depo-Provera poate întîrzia restabilirea fertilității cu 6-9 luni și mai mult și poate crea probleme femeilor ce-și planifică sarcina.

5.7. Accesibilitatea

Contraceptivul este accesibil și poate fi găsit oricînd în farmacii sau în Cabinetele de planificare a familiei.

5.8. Motivele personale

Motivele personale ce ar determina alegerea contraceptivelor ar fi următoarele: relațiile în cuplu, cultura, valorile religioase, planurile pe viitor referitoare la nașterea copiilor, experiența folosirii contracepției ș.a.

La consilierea inițială pentru alegerea unei metode de contracepție, toate aceste criterii vor fi discutate, astfel încît clientul să-și aleagă ușor metoda de contracepție.

CAPITOLUL VI

Noțiuni de concepție și de contracepție. Criteriile de eligibilitate

6.1. Concepția

Fecundarea (fertilizarea) este stadiul de reproducere sexuală în cursul căruia gametul masculin (spermatozoidul) pătrunde în gametul femeii (ovulul), fuzionează cu acesta și formează zigotul, cel care va da naștere unui nou individ. Fecundarea propriu-zisă are loc în porțiunea ampulară a trompei uterine, după care celula nou-formată este transportată în cavitatea uterului, unde se implantează în mucoasa uterului. Celula formată în urma unirii spermatozoidului cu ovulul are un număr diploid de cromozomi (46-44 somatici și 2 sexuali). În momentul fecundării, este stabilit sexul copilului. Acesta este ales în funcție de cromozomii sexuali (dacă ovulul, care are numai cromozomul X, va fi fecundat de un spermatozoid X – se va naște o fetiță, iar dacă acesta a fost fecundat de un spermatozoid Y – va fi băiat). Tot la acel moment, copilul va primi și trăsăturile ereditare. Ovulul poate fi fertilizat doar în primele 24 ore de la ovulație, pe cînd spermatozoizii își pot păstra, în căile genitale feminine, abilitățile de fecundare încă 2-5 zile. De obicei, este fecundat un singur ovul. Atunci cînd are loc fecundarea a două sau mai multe ovule, se vor naște gemeni, care pot fi de același sex sau de sex diferit. Dacă s-au născut gemeni monovitelini, înseamnă că a fost fecundat un ovul, însă în stadiile precoce de divizare a celulelor a avut loc separarea lor și fiecare celulă va da naștere unui copil. În acest caz, copiii vor fi de același sex, vor avea același grup sanguin, factor Rh, același exterior. Atunci cînd sînt fertilizate două sau mai multe ovule, se nasc gemeni care pot avea același sex, dar și diferit. Acești copii au, de regulă, grup sanguin, factor Rh, culoare a ochilor, a părului, exterior diferit.

6.2. Contracepția

Contracepția împiedică concepția prin stoparea ovulației, prin prevenirea întîlnirii spermatozoidului cu ovulul sau prin crearea unor condiții nefavorabile implantării ovulului fecundat în endometru. Metodele de contracepție pot fi utilizate atît de femei, cît și de bărbați.

Clasificarea metodelor de contracepție

Metode hormonale

- contraceptive orale combinate (COC);
- contraceptive injectabile combinate (CIC);

- contraceptive orale cu progestative (POP);
- contraceptive injectabile numai cu progestative;
- implante numai cu progestative;
- dispozitive intrauterine cu progestative.

Metode nehormonale

- dispozitivul intrauterin (DIU);
- metode de barieră;
- spermicide;
- sterilizarea chirurgicală voluntară feminină și masculină.

Metode naturale

- metoda calendarului (Ogino-Knaus);
- metoda mucusului cervical (Billings);
- metoda temperaturii bazale;
- metoda simptotermică;
- metoda amenoreei de lactație;
- raportul sexual întrerupt;
- abstinența.

6.3. Criteriile de eligibilitate

Alegerea metodei de contracepție o face clienta (clientul). Consilierul are doar rolul de a prezenta informația necesară despre toate metodele de contracepție, de a ajuta clienta să-și aleagă metoda dorită, de a stabili dacă metoda solicitată nu prezintă risc pentru sănătatea sau viața clientei. Pentru inițierea și utilizarea metodelor de contracepție este recomandată clasificarea propusă de OMS a criteriilor de eligibilitate medicală. Potrivit acestei clasificări, sînt prezentate atît avantajele, cît și eventualele riscuri de sănătate determinate de fiecare metodă de contracepție. Fiecare stare ce poate influența indicațiile pentru folosirea metodei, poate fi încadrată în cele patru categorii recomandate de OMS:

Categoria I: Stările care nu limitează folosirea metodei de contracepție. În prezența acestei stări, pacienta poate folosi metoda de contracepție aleasă fără nici un risc pentru sănătatea ei.

Categoria II: Stări care fac ca avantajele folosirii metodei de contracepție să fie net superioare riscului. Metoda aleasă în prezența stării respective poartă în sine un risc, dar avantajele ei sînt mult mai importante și, deci, dacă pacienta poate fi supravegheată în continuare, se acceptă folosirea metodei.

Categoria III: Stări care fac ca riscurile folosirii metodei de contracepție să prevaleze avantajelor utilizării ei. Folosirea metodei alese de către pacienta cu starea respectivă prezintă un risc sporit

pentru sănătatea ei, de aceea metoda poate fi folosită doar dacă ea nu poate fi substituită cu o altă metodă. În cazul respectiv, pacienta va necesita o supraveghere atentă.

Categoria IV: Stări care fac ca folosirea metodei de contracepție să prezinte un risc sporit pentru sănătate. Utilizarea metodei de contracepție, aleasă de pacientă în prezența stării respective, prezintă pericol pentru sănătatea sau viața pacientei și folosirea metodei nu este acceptată.

6.4. Evaluarea pacientelor

În prestarea serviciilor de planificare a familiei și de contracepție, evaluarea pacientelor se face cu scopul de:

1) a depista sarcina, deoarece contraceptivele sînt interzise în aceste cazuri;
2) a identifica stările ce pot limita folosirea metodei alese de pacientă;
3) a descoperi problemele de sănătate, ce necesită tratament (posibil ca pacienta să nu știe de existența lor).

Evaluarea clientelor poate fi efectuată prin metode diferite:

- Metoda interviului (în funcție de răspunsurile la întrebările primite, pot fi identificate problemele de sănătate);
- Examenul obiectiv, inclusiv cel ginecologic.

Dacă răspunsurile la întrebări nu vă sugerează prezența unei stări specifice sau a problemelor de sănătate, nu este necesar un examen obiectiv sau unul ginecologic. Excepție o constituie doar DIU și sterilizarea chirurgicală voluntară feminină, pentru care este obligatoriu examenul ginecologic. Dacă clienta ce solicită consiliere în probleme de contracepție nu a urmat în ultimul an examenul de rutină, medicul trebuie s-o încurajeze să-și facă acest examen.

Contraceptivele hormonale moderne nu prezintă risc pentru sănătate datorită conținutului redus de hormoni.

Cum poți fi sigur că pacienta nu este gravidă?

- Dacă pacienta nu a avut raport sexual după ultima menstruație;
- Au trecut mai puțin de 7 zile de la începutul ultimei menstruații sau de la avort;
- Au trecut mai puțin de 4 săptămîni de la naștere și femeia nu alăptează copilul pe cale naturală;
- Dacă femeia alăptează doar la sîn, copilul nu are mai mult de 6 luni și nu i s-a restabilit încă menstruația;
- A folosit corect și fără întrerupere o metodă sigură de contracepție.

În cazul în care de la ultima menstruație au trecut mai mult de 6 săptămîni, doar examenul ginecologic poate confirma sarcina. Atunci cînd examenul ginecologic nu este suficient, se va utiliza testul la sarcină.

Mai jos, vedeți lista întrebărilor ce pot fi puse persoanei care a ales o metodă hormonală de contracepție. Dacă pacienta va răspunde negativ la toate aceste întrebări, atunci contraceptivul solicitat de ea poate fi prescris cu certitudine. În cazul prezentării unui singur răspuns afirmativ, va fi nevoie de un examen obiectiv (fizic).

Lista întrebărilor pentru alegerea contracepției hormonale:

Starea specifică	**Da**	**Nu**
Alăptați exclusiv la sîn? Copilul dvs. are mai puțin de 6 săptămîni? (în cazul COC) Aveți eliminări sangvinolente între menstruații sau după actul sexual? Fumați? Dacă da, aveți mai mult de 35 ani? (în cazul COC) Aveți diabet? Aveți dureri de cap, însoțite de dereglări ale văzului? Aveți dureri puternice în regiunea cutiei toracice, a picioarelor, edeme la picioare? (în cazul COC) Ați avut vreodată tensiune arterială ridicată? (în cazul COC) Ați avut vreodată infarct, ictus cerebral sau boală cardiacă? V-ați tratat de boli ale sînului sau ați avut noduli în sîni? Ați avut sau aveți în prezent bilă hepatică cu icter? Utilizați în prezent medicamente antituberculoase (rifampicină) sau antiepileptice (barbiturice ori fenitoin)?		

Lista întrebărilor pentru alegerea DIU:

Starea specifică	**Da**	**Nu**
Cîți parteneri sexuali aveți? Dar partenerul dvs.? Ați avut dvs. sau partenerul dvs. boli cu transmitere sexuală în ultimele 3 luni? Ați avut în ultimele 3 luni inflamații ale organelor micului bazin? Aveți menstruații abundente? Aveți menstruații cu o durată mai mare de 8 zile? Aveți menstruații dureroase, care necesită folosirea analgezicelor? Aveți eliminări sangvinolente între menstruații sau după un act sexual? Aveți boală cardiacă valvulară (viciu cardiac)?		

Dacă femeia are menstruații abundente, cu o durată mai mare de 8 zile, ea va necesita un examen ginecologic, pentru a exclude pericolul afecțiunilor inflamatorii sau a tumorilor uterine.

În cazul bolii cardiace valvulare, femeii i se va prescrie un antibiotic, înainte de inserarea DIU.

CAPITOLUL VII

Metodele de contracepție

7.1 Contracepția orală combinată

Definiție

Contraceptivele orale combinate sînt pastile ce conțin estrogeni și progestative sintetice și sînt administrate femeilor pentru prevenirea sarcinii nedorite.

Istoric

La sfîrșitul secolului al XIX-lea, a fost lansată ipoteza potrivit căreia corpul galben gestațional inhibă ovulația. În 1923, fiziologul austriac L. Haberland a propus folosirea hormonilor în prevenirea sarcinii nedorite. Peste șase ani, Corer și Allen obțin progesteron din extractul corpului galben, iar în 1934, Butenandt și Schmidt reușesc sintetizarea lui. Aceste descoperiri vin să confirme ipoteza lui Haberland. În scop de contracepție, progesteronul a fost folosit doar după sintetizarea lui din plantele Diascorea Mexicană și cea Barbasco. Aplicarea dozelor mari de progesteron a cauzat apariția unor eliminări sangvinolente neregulate, iar adaosul de estrogen (mestranol) a permis reglarea ciclului menstrual.

Primul contraceptiv oral combinat a fost produs și înregistrat în SUA, în 1960. Preparatul Enovid conținea 10 mg de noretinodrel (progestativ) și 150 mcg de mestranol (estrogen). Ulterior, studiile au demonstrat și capacitatea componentului estrogenic de a inhiba ovulația.

Eficiența, siguranța, protecția și asimilarea preparatului de către organismul femeii sînt criteriile ce stabilesc pe cît de bun este un contraceptiv.

Eficiența contraceptivului este demonstrată după indicele Pearl, care calculează numărul de sarcini apărute la 100 femei ce folosesc același contraceptiv timp de un an. Indicele Pearl al anticoncepționalelor moderne este de 0,05-1,0 femei/an.

În 1962, anumite studii au arătat că femeile care administrează contraceptive orale combinate riscă să se îmbolnăvească de tromboze. Cercetările au mai demonstrat că estrogenul sporește numărul globulinelor, produse de ficat, al fibrinogenului, precum și al factorilor VII și X de coagulare.

Componentul progestagenic favorizează creșterea cantității de colesterol al lipoproteinelor cu densitate mică, care prezintă risc pentru bolile cardiovasculare. Acest pericol le paște doar pe femeile fumătoare care au o vîrstă de peste 35 de ani.

Contraceptivele moderne conțin doze mici de hormoni: 20-30-35mcg de estrogen și 50-150 mcg de progestativ.

Clasificare

În funcție de doza estrogenului, COC se clasifică în două grupuri:

1. COC cu doze medii – pastilele conțin 50 mcg de estrogen (estrogenul din COC este etinil estradiol și, mai rar – mestranol). Pastilele din acest grup nu mai sînt utilizate de mulți ani cu scop contraceptiv;
2. COC cu doze mici – cantitatea maximă de estrogen este de 30-35 mcg.

În funcție de variația dozei de hormoni, COC sînt:

- Monofazice – toate pastilele din folie au doză identică de hormoni;
- Multifazice – pot fi bifazice sau trifazice. Același ambalaj conține două sau trei grupuri de pastile cu doze diferite de hormoni.

Mecanism de acțiune

Pastilele COC au un mecanism complex de acțiune:

- Suprimă (inhibă) ovulația;
- Măresc densitatea mucusului cervical, datorită cărui fapt glera cervicală nu poate fi penetrată de spermă;
- Progestagenii au acțiune antiproliferativă asupra endometrului, el devenind inapt pentru implantare.

Avantaje

- Este o metodă cu eficiență înaltă, eșecul contraceptiv, la utilizare corectă, fiind doar de 0,1;
- Eficiență imediată;
- Nu necesită întreruperea actului sexual;
- Este ușor de folosit;
- Are puține efecte adverse;
- Este o opțiune reușită pe durata întregii vieți reproductive;
- Nu necesită examen ginecologic.

Avantaje necontraceptive

- Diminuează durerile, durata și pierderile de sînge din timpul ciclului menstrual;
- Sporesc confortul sexual;
- Protejează de unele forme de tumori benigne la ovar – chisturi ovariene;
- Protejează de unele tumori maligne – cancer de ovar, de endometru;

- Protejează de boli inflamatorii pelviene;
- Ameliorează evoluția anemiei;
- Diminuează acneea.

Dezavantaje
- Nu protejează de infecții cu transmitere sexuală;
- Trebuie utilizate în fiecare zi;
- Neadministrarea unei singure pastile sporește riscul de sarcină;
- Fertilitatea se restabilește, uneori, la 2-3 luni de la întreruperea metodei;
- Eficiența contraceptivului poate scădea dacă el este utilizat concomitent cu alte medicamente (antituberculoase sau anticonvulsante);
- Este costisitor;
- Provoacă, în cazuri foarte rare, reacții adverse sau complicații.

Reacțiile adverse pot apărea în primele 2-3 luni de utilizare a COC și nu necesită tratament sau întreruperea metodei, ci doar consiliere.

Iată cîteva din posibilele efecte adeverse:
- Cefalee;
- Grețuri, uneori vomă;
- Adaos ponderal (COC sporesc pofta de mîncare);
- Senzații de greutate și înțepături în sîn – mastodinii (mastalgii);
- Modificări în ciclul menstrual – amenoree sau eliminări sangvinolente între menstruații din cauza dozei mici de hormoni;
- Depresie ce poate scădea libidoul;
- Acnee, îngrășarea tenului;
- Cloasma pielii. Apare rar și poate dispărea după întreruperea metodei.

Complicațiile apărute în timpul utilizării COC sînt caracteristice mai mult persoanelor cu risc preexistent și se manifestă prin:
- infarct miocardic;
- accidente vasculare cerebrale (hemoragice sau trombotice);
- tromboze și trombembolii în plămîni, în creier sau în alte organe (în artera mezenterică, retiniană ș.a.);
- creșterea riscului relativ de cancer la sîn pînă la 1,15 (pentru femeile care nu au mai utilizat pînă atunci COC, el constituie

1,0) și de cancer la colul uterin pînă la 1,19 (1,0 – pentru femeile ce nu și-au mai administrat COC);
- acutizarea afecțiunilor preexistente ale vezicii biliare sau dezvoltarea lor la femeile susceptibile.

Complicațiile vasculare pot apărea la fumători. După 35 de ani, sporește riscul de apariție a trombozelor. La aceeași vîrstă, estrogenul din COC amplifică riscul creșterii coagulabilității sîngelui (din acest considerent, femeile care fumează și au peste 35 ani nu se pot proteja cu COC).

În cazul utilizării COC cu doze medii, este mare, de asemenea, riscul infarctului miocardic, iar în cazul utilizării COC cu doze mici, el este minim.

Pericolul unor accidente vasculare cerebrale, în urma utilizării COC, este de două ori mai mare la persoanele cu risc preexistent: ce au HTA, au accidente heredocolaterale cu afecțiuni cardio-vasculare, au diabet zaharat, au peste 35 de ani și fumează, au tromboze și trombembolii în anamneză.

Potrivit unor cercetări, tinerele ce utilizează COC încă din adolescență sînt supuse riscului (relativ mic) de a avea cancer mamar, care, însă, poate fi descoperit în stadiile timpurii. Același risc poate fi diminuat în perioada de postmenopauză. Din numărul total de cazuri de cancer mamar, cele dobîndite pe calea COC sînt foarte puține (Wingo et al 1991).

Numeroase studii epidemiologice au arătat că utilizarea COC mai mult de cinci ani sporește incidența cancerului cervical. Din acest motiv, o dată pe an, este necesară efectuarea unui examen citologic cervical.

Cancerul și COC în studiile OMS

Varianta cancerului	**Riscul relativ**
Cancer de col uterin	1,19
Cancer de sîn	1,15
Cancer de ovar	0,75
Cancer hepatic	0,70
Cancer de endometru	0,55

Apariția cancerului de col uterin este, de cele mai multe ori, o consecință a numărului mare de nașteri și a comportamentului sexual riscant (contractarea virusului papilomei umane).

Cine poate utiliza COC (criteriile de eligibilitate I-II)?

- Femeile de orice vîrstă reproductivă, indiferent dacă au avut o naștere, mai multe sau nici una;
- Femeile care își doresc contracepție cu eficiență înaltă;
- Femeile care au anemie în urma pierderilor de sînge din timpul menstruației;
- Femeile cu algodismenoree;
- Femeile care au menstruații neregulate;
- Femeile după întreruperea sarcinii;
- Femeile care au un copil mai mare de 6 luni și-l alăptează la sîn;
- Femeile care nu-și alăptează copilul pe cale naturală, pot utiliza COC după 3 săptămîni de la naștere (pînă atunci coagulabilitatea sîngelui este ridicată);
- Femeile cu antecedente de:
  – sarcină ectopică;
  – afecțiuni pelviene inflamatorii;
  – cancer ovarian sau de endometru în familie;
  – endometrioză;
  – chisturi ovariene benigne recidivante.

Femeile care nu pot folosi COC (criteriile de eligibilitate III-IV):

- Femeile însărcinate;
- Femeile în primele 6 luni după nașterea copilului, în cazul în care alăptează la sîn sau în primele 3 săptămîni, dacă nu alăptează;
- Femeile de după 35 ani, care fumează mai mult de 20 de țigări în fiecare zi;
- Femeile cu forme grave sau ușoare de diabet zaharat, cu o durată a bolii mai mare de 20 ani (diabet cu complicații vasculare);
- Femeile cu hipertensiune arterială moderată sau severă – TA>160/100 mm Hg;
- Femeile cu boli cardiovasculare sau ai căror părinți au suferit de ele. În cazul lor, COC sînt interzise doar dacă maladia a fost înregistrată pînă la vîrsta de 45 de ani ai părinților;
- Femeile care au dereglări tromboembolice venoase în anamneză;
- Femeile cu afecțiuni coronariene;
- Femeile cu antecendente vasculare cerebrale;

- Femeile cu hepatite acute. COC pot fi utilizate doar după normalizarea testelor funcționale hepatice sau la 3 luni de la dispariția semnelor clinice;
- Femeile cu ciroze hepatice decompensate, tumori hepatice (benigne sau maligne);
- Femeile care au migrene cu simptome neurologice de focar: manifestări tranzitorii de hemipareză, hemianestezie, disfagie, vertigii sau epilepsie focală.
- Femeile care au avut sau au cancer de sîn;
- Femeile care uită să-și administreze pastila în fiecare zi;
- Femeile cu eliminări sangvinolente vaginale nediagnosticate;
- Femeile care vor suporta în timpul apropiat o intervenție chirurgicală, urmată de o imobilizare de lungă durată.

Există situații în care riscul utilizării COC depășește beneficiile. Și anume, în cazuri de:

- hipertensiune arterială medie (140/90 – 159/99 mm Hg);
- antecedente de depresie manifestată clinic;
- hepatită cronică;
- colecistite cronice (COC pot acutiza boala).

Cînd începe folosirea COC?

- Primele 7 zile de la începutul menstruației (dacă prima pastilă este luată în ziua a VI-a sau a VII-a, clienta se va abține de la actul sexual sau va folosi o metodă suplimentară de contracepție în următoarele 7 zile).
- Primele 7 zile după avort (vezi recomandarea precedentă).
- După 6 luni de la nașterea copilului, dacă îl alăptează (deși este recomandabil ca femeia să nu utilizeze COC pe toata durata alăptării. COC diminuează treptat cantitatea laptelui matern).
- După 3 săptămîni de la naștere în cazul în care nu alăptează.

Instrucțiuni pentru utilizarea COC:

- Zilnic, în aceeași perioadă a zilei, luați o singură pastilă, timp de 21 zile;
- Faceți o pauză de 7 zile, perioadă în care va fi menstruația;
- După această pauză, începeți o nouă folie ce conține tot 21 de pastile pe care trebuie să le administrați după recomandările de mai sus. După care, iarăși, urmează o pauză de 7 zile;
- Continuați să luați pastilele în același regim – 21 + 7;

- Dacă utilizați anticoncepționale cu 28 de pastile în set, urmați instrucțiunile de pe ambalaj – la început, luați 21 de pastile ce conțin hormoni, după care le administrați pe celelalte 7 ce nu conțin hormoni (acestea sînt, de regulă, de altă culoare sau mărime);
- După ce ați folosit toate cele 28 de pastile, în ziua următoare treceți la un nou set și începeți cu pastilele ce conțin hormoni;
- Dacă luați pastile trifazice (denumirea lor începe cu *tri* - *triziston*, *tricvilar*, *triregol* – iar ambalajul conține pastile de trei culori), respectați cu strictețe consecutivitatea (numerotarea) pastilelor și nu treceți la altă culoare pînă nu ați terminat pastilele dinaintea ei;
- În cazul în care, într-o zi, ați uitat să luați pastila, e necesar s-o administrați a doua zi împreună cu cea prevăzută în in-strucțiune;
- Dacă două sau trei zile nu ați folosit anticoncepționale, respectați regula de mai sus. Plus la aceasta, timp de o săptămînă va trebui să folosiți o metodă suplimentară de contracepție (prezervativul sau spermicidele) sau să vă abțineți de la relații sexuale;
- În anumite situații, în ziua a treia, ar putea începe menstruația. În acest caz, trebuie să începeți un nou set de pastile, respectînd recomandările anterioare – 21 de pastile zilnic, 7 zile pauză etc.;
- Dacă ați uitat să luați una dintre pastilele ce nu conțin hormoni (ultimele 7 din ambalajul de 28 de pastile), aruncați pastila uitată și continuați să le administrați, în mod obișnuit, pe cele rămase.

Adresați-vă urgent medicului dacă:

- aveți migrene;
- aveți dereglări ale văzului;
- aveți dureri în abdomen;
- aveți dureri retrosternale (în piept);
- aveți dureri în picior;
- nu aveți menstruație în cele 7 zile de pauză.

Nu uitați că vizita la medic este folositoare și atunci cînd aveți alte probleme de sănătate sau cînd doriți o consiliere pentru o anume situație.

Consilierea pacientelor care resimt efecte adverse în urma folosirii contraceptivelor:

Efect advers	Evaluare	Recomandări
Cefaleea – poate fi un indiciu al creșterii TA.	Măsurarea tensiunii arteriale: 1.TA normală;	1. Explicați femeii că durerile de cap simțite în primele zile de utilizare a pastilelor nu prezintă nici un pericol pentru sănătate. E o situație firească, de scurtă dura-tă și, deci, nu e cazul să se renunțe la metodă. La dorință, persoana își poate administra un timp pastile antialgezice sau inhibitori ai prostoglandinelor (ibuprofen).
	2.TA crescută, de pînă la 160/100 mm Hg;	2. În cazul în care este posibilă monitorizarea TA, femeia poate continua utilizarea COC. Dacă nu, recomandați-i pastile cu doze mici de estrogen și de progestagen.
	3.TA este de 160/100 mm Hg și mai ridicată.	3. Alegeți altă metodă de contracepție. Explicați-i clientei că TA va reveni la normal timp de 2-3 luni.
Grețuri	Evaluarea este necesară doar în cazurile de posibilă sarcină	Explicați femeii că în primele 2-3 luni de utilizare a metodei date, pot apărea efecte adverse, care însă dispar pe parcurs. Recomandați-i să ia pastila după masă, în timpul mesei sau înainte de somn.
Adaos ponderal	Nu necesită	Spuneți-i clientei că hormonii din COC sporesc pofta de mîncare. Recomandați-i reducerea consumului de alimente calorice și mai multă mișcare fizică. Dacă e necesar, propuneți-i alte pastile, cu doze mai mici de estrogen/progestativ.
Mastodinie/ mastalgie	La femeile mai tinere de 35 ani, e suficientă palparea sînului. În cazul femeilor de după 35-40 de ani, care au antecedente de cancer mamar familial, se recomandă efectuarea mamografiei. Pentru toate pacientele cu astfel de efecte adverse, este obligatoriu examenul ecografic.	Informați femeia că hormonii din COC rețin sarea și lichidele în organism, fapt ce determină senzațiile pe care le are. Recomandați folosirea unui sutien de mărime potrivită. De asemenea, poate fi redusă doza estrogenului din COC pînă la 20 mcg.

Efect advers	Evaluare	Recomandări
Amenoree	Întrebați clienta dacă a luat cu regularitate pastilele (nerespectarea graficului crește riscul de sarcină) și dacă a făcut pauza necesară de 7 zile (dacă nu face pauza, lipsește menstruația). Faceți testul de sarcină în caz de necesitate.	În cazul în care femeia nu este însărcinată și a administrat pastilele corect, explicați-i că amenoreea este o urmare foarte rar întîlnită și că ea nu prezintă nici un pericol pentru sănătate. De asemenea, alegeți doza de 30 mcg de ethinyl estradiol. Dacă clienta nu suportă disconfortul cauzat de amenoree, ajutați-o să aleagă altă metodă de contracepție. În cazul în care clienta a uitat să facă pauza de 7 zile, amintiți-i să nu uite acest lucru pe viitor. Dacă femeia a rămas însărcinată, ajutați-o să facă o alegere corectă. Este necesar s-o informați despre lipsa datelor care ar demonstra riscul malformațiilor la copiii născuți de mame utilizatoare de COC.
Sîngerări intermenstruale	Faceți un examen ginecologic, pentru a vă convinge că pacienta nu a contractat nici o inflamație sau o altă patologie. Asigurați-vă că clienta a utilizat cu regularitate pastilele. Întrebați-o dacă nu-și administrează de ceva timp anumite medicamente (antituberculoase sau anticonvulsante). Faceți-i examen ecografic.	Dacă ați descoperit o maladie, prescrieți tratamentul necesar. Recomandați-i pacientei să continue folosirea anticoncepționalelor. Dacă femeia își administrează medicamente antituberculoase sau anticonvulsante, explicați-i că ele diminuează efectul contraceptiv al COC și sfătuiți-o să folosească o metodă suplimentară de contracepție (prezervativul, spermicidele) sau recomandați-i un contraceptiv cu doză medie (50 mcg de estrogen). Dacă clienta nu are nici una din caracteristicile de mai sus, explicați-i că pastilele conțin o doză foarte mică de hormoni, motiv din care și apar sîngerările intermenstruale. Recomandați-i să nu renunțe la această metodă de contracepție.

Efect advers	Evaluare	Recomandări
Depresia	Întrebați clienta dacă a mai avut stări depresive și dacă acestea s-au agravat după folosirea COC.	Dacă depresia preexistentă nu s-a agravat, clienta poate continua luarea COC. Dacă depresia s-a agravat, sfătuiți-o să-și aleagă o altă metodă de contracepție. Dacă depresia se manifestă prin diminuarea libidoului, ajutați-o să-și aleagă o nouă metodă de contracepție.
Acnee, ten gras		E necesară consultarea unui dermatolog sau a unui cosmetolog. Recomandați contraceptive cu efect antiandrogenic: *Diane-35, Jeanine*.
Cloasma	Întrebați femeia dacă nu a uitat să ia pastila, dacă nu a întîrziat menstruația sau dacă nu are semne de sarcină. Faceți test la bilirubină, Asat, Alat și fosfatază alcalină.	Dacă femeia nu este însărcinată, explicați-i că, uneori, i se pigmentează pielea. Recomandați-i să mascheze aceste mici imperfecțiuni ale pielii cu ajutorul fondului de ten, al pudrei. Dacă dorește, femeia poate alege o altă metodă de contracepție. Aceasta, însă, nu va rezolva imediat problema, pentru că pigmentația va dispare după o perioadă mai îndelungată.

Consilierea femeilor/cuplului care au ales metoda de contracepție orală combinată (COC)

Pe durata consilierii, respectați toate rigorile unei consilieri reușite. Vorbiți într-un limbaj accesibil clienților. Explicați-le următoarele momente-cheie:

- mecanismul de acțiune, avantajele, dezavantajele, eficacitatea metodei, efectele adverse, complicațiile, costul, locul unde pot obține pastilele alese (farmacia, cabinetul de planificare a familiei, centrul de sănătate).

Pentru a evalua starea de sănătate și a depista contraindicațiile pentru utilizarea metodei, puneți următoarele întrebări:

1. A întîrziat ultima menstruație? Da Nu
2. Alăptați un copil mai mic de 6 luni? Da Nu
3. Aveți mai mult de 35 ani și fumați? Da Nu

4. Aveți sîngerări vaginale anormale? Da Nu
5. Aveți sau ați avut cancer de sîn? Da Nu
6. Suferiți de vreo boală de ficat? Da Nu
7. Sînteți cardiac, ați avut sau aveți tromboze, infarct? Da Nu
8. Aveți hipertensiune? Da Nu
9. Aveți diabet zaharat? Da Nu
10. Administrați tratament împotriva tuberculozei sau epilepsiei? Da Nu
11. Aveți migrene, însoțite de tulburări ale văzului? Da Nu

Dacă pacienta a răspuns **afirmativ (DA)** la cel puțin una dintre întrebările de mai sus, ea trebuie să obțină o consiliere în cabinetul de planificare a familiei sau să urmeze un tratament corespunzător. Între timp, ajutați-o să-și aleagă o metodă provizorie de contracepție.

- Prezentați-i instrucțiunile pentru a putea utiliza corect pastilele (foliile cu 21 sau 28 de pastile). Atenționați-o să le utilizeze cu regularitate. Convingeți-vă că pacienta a înțeles corect instrucțiunile prezentate de dvs.
- Încurajați-o să adreseze întrebări.
- Discutați despre căile de diminuare a efectelor adverse.
- Prezentați-i în scris semnele posibilelor complicații, dar și locul unde poate solicita ajutor (cabinetul de planificare a familiei sau spitalul). Vedeți mai jos semnelele complicațiilor ce pot apărea în urma folosirii COC:
  1. Cefalee severă, însoțită de dereglări de vedere sau de vorbire;
  2. Dureri retrosternale cu dispnee sau tuse;
  3. Dureri abdominale severe;
  4. Dureri în membrele inferioare;
  5. Icter;
  6. Lipsa menstruației.
- Stabiliți data următoarei vizite (aproximativ la 3 luni de la începutul aplicării metodei), dar asigurați-o că poate reveni oricînd, în cazul în care are probleme sau neclarități. Rugați-o să aducă la vizita următoare folia cu pastile.
- Răspundeți la toate întrebările clientei. Rugați-o să-și noteze observațiile și semnele neobișnuite.

Vizita de urmărire

- Întrebați clienta dacă folosește metoda și rugați-o să vă explice cum anume o face.

- Aflați dacă e mulțumită de metoda aleasă.
- Întrebați dacă a întîmpinat dificultăți sau a avut efecte adverse. Dacă da, atunci ajutați-o să diminueze efectele adverse.
- În caz de necesitate, măsurați TA, masa corporală, Hb sau faceți alte teste necesare la moment.
- Amintiți-i instrucțiunile de utilizare a metodei și despre posibilele complicații.
- Răspundeți la întrebările clientei.
- Încurajați-o să urmeze o dată pe an un examen profilactic.
- Spuneți-i că poate reveni oricînd pentru o consultație.

Tendințe moderne în contracepția hormonală combinată

În ultimii ani, în țările dezvoltate au apărut noi forme de contraceptive hormonale combinate.

Contraceptive injectabile combinate:

- *Perlutal* – conține 10 mg estradiol enanthate, 150 md dihyprogesterone acetophenide;
- *Mesigyna* – conține 5 mg estradiol valerate, 50 mg norethisterone enanthate;
- *Injectable* No.1 – conține 5 mg estradiol valerate, 250 mg 17-hydroxyprogesterone capronat;
- *Lunelle* – conține 5 mg estradiol cypionate, 25 mg medroxyprogesteroneacetat (are mai multe denumiri comerciale: *Cyclo-Provera*, *Feminena*, *MPA/E2C*, *Cyclofem*, *HRP-112*, *Lunella/Lune*).

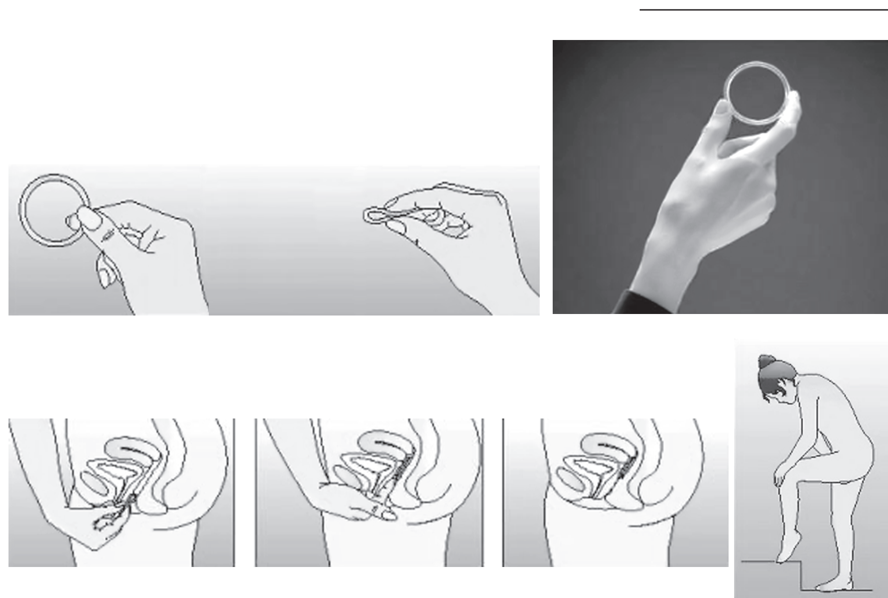
Contraceptivele injectabile combinate se administrează o dată la 4 săptămîni. Rata de eșec este echivalentă cu cea de la Depo-Provera.

Fig. 7.1.1.
Lunelle



Nuva Ring – inel vaginal, ce elimină zilnic 15 µg ethinyl estradiol și 120 µg de etonogestrel. Inelul este inserat pe colul uterin pentru 3 săptămîni, apoi este extras. După o săptămînă de pauză, se inserează unul nou. Femeia îl poate insera și extrage singură. Rata de eșec este de 0,65 la 100 de femei, pe an.

Fig. 7.1.2. Inel vaginal



Ortho Evra – elimină zilnic 20µg ethinyl estradiol și 150µg norelgestromin. Este un plasture trasdermal, ce se aplică pe piele. Durata sa de valabilitate este de o săptămînă, după care este înlăturat și aplicat altul nou, timp de 3 săptămîni la rînd. După acest termen, e necesară o pauză de o săptămînă.

Fig. 7.1.3. Plasture trasdermal



7.2 Contracepția numai cu progestageni

În cele ce urmează va fi vorba de contraceptive care conțin numai progestative, adică un singur hormon – fracție progestativă.

Tipurile de contraceptive cu progestative:

- Pastile orale numai cu progestative – în ambalaje de 28 sau de 35 de pastile, conțin o doză redusă de hormoni (exluton, microval, ovrette ș.a.);
- Contraceptive injectabile numai cu progestative – conțin derivate ale progesteronului DMPA sau 19-nortestosteronului NET-En;
- Implanturi – dispozitive mici, în formă de bastonașe, umplute cu hormoni: levonorgestrel (LNG) pentru NORPLANT și NORPLANT II sau 3-ketodezogestrel IMPLANON;
- DIU cu hormoni – brațul lui vertical este umplut cu LNG – MIRENA.

Mecanism de acțiune, specific tuturor contraceptivelor cu progestative:

- Îngroașă glera cervicală, împiedicînd pătrunderea spermatozoizilor în uter;
- Provoacă hipoplazia endometrului și, drept urmare, ovulul fertilizat nu poate fi implantat;
- Reduce din capacitatea de deplasare a spermatozoizilor prin căile genitale superioare;
- Inhibă ovulația, ovulul imatur nu poate fi fertilizat.

Implanturile:

Norplant – constă din 6 capsule flexibile, dimensiunile fiecăreia fiind de 34 x 2,4 mm și conține 36 mg de progestativ sintetic – levonorgestrel. Progestativul se elimină zilnic prin pereții implantului, doza necesară fiind de circa 30 mcg. Se inserează subcutanat, în partea mediană și inferioară a brațului. Inserția se face cu un dispozitiv special – troacar, sub anestezie locală, în condiții aseptice, de personal instruit. Durata utilizării este de 5 ani. După expirarea termenului, capsulele vor fi extrase și, la dorința pacientei, vor fi înlocuite cu altele noi. **Nu este omologat în Republica Moldova.**

Mirena – sistem contraceptiv intrauterin hormonal, ce constă dintr-un DIU Nova T, al cărui braț vertical conține LNG. Acesta din urmă este zilnic eliberat în cantitate de 20mcg. Este valabil 5 ani. Produs al companiei *Schering*. **Din 2005 este omologat în Republica Moldova.**

Trăsăturile implantului și ale norplantului sînt similare cu cele ale contraceptivelor injectabile numai cu progestative (vezi CIP).

Pastile orale numai cu progestative (POP)

Istoric

Primele pastile de acest tip au fost produse în 1969 și conțineau clormadinon acetat. Din cauza efectelor adverse, au fost scoase din producție peste un an. Începînd cu anii '70, pe piața farmaceutică apar contraceptive pure ce conțin noretisteron, etandiol diacetat sau levonorgestrel. Pe lîngă efectul firesc de prevenire a sarcinii, rolul acestor contraceptive era și cel de a reduce efectele produse de estrogeni asupra organelor-țintă, de a oferi o alternativă femeilor cărora le era contraindicată administrarea estrogenilor.

Eficiență

Pilulele numai cu progestative sînt mai puțin eficiente decît COC. Rata de eșec este de 2-4 sarcini la 100 femei, în primul an de utilizare. În schimb, ele au un grad mai sporit de eficiență la femeile care alăptează și la cele de vîrstă reproductivă înaintată.

!!! IMPORTANT: Pastilele vor fi administrate zilnic, la aceeași oră!

Reversibilitate

O dată întreruptă metoda, fertilitatea se restabilește într-o perioadă scurtă, de 1-6 luni. De fapt, la majoritatea femeilor, POP nu inhibă ovulația, mecanismul de acțiune fiind axat doar pe influența asupra mucusului cervical și asupra endometrului.

Avantaje

Sînt similare cu cele ale COC. Diferența e că au noi beneficii:

- Nu sporește riscul bolilor cardiovasulare;
- Efect minim asupra coagulării sîngelui;
- Afectează foarte puțin TA;
- Au efect minim asupra metabolismului carbohidraților (pot fi folosite de femei cu toleranță schimbată la glucoză);
- Pot fi utilizate de fumătoarele în vîrstă;
- Pot fi utilizate de către mamele ce-și alăptează la sîn pruncul mai mare de 6 săptămîni;
- Nu se schimbă cantitatea și nici calitatea laptelui matern;
- Femeile ce nu alăptează pot începe imediat după naștere;
- Pot fi folosite de femei cu HTA <180/110;
- Reacțiile adverse la minipilule sînt puține și slab pronunțate (nu afectează libidoul, provoacă doar rareori depresii, sindrom premenstrual, mastodinie);

- Glera cervicală densă reduce riscul de BIP;
- Profilaxie a cancerului endometrial.

Dezavantaje
- Eficiență redusă față de COC;
- Necesitatea de administrare zilnică;
- Modifică ciclul menstrual;
- Nu protejează împotriva sarcinii ectopice (1:1000 cazuri);
- Nu protejează de ITS/HIV/SIDA;
- La un anumit număr (redus) de femei apar chisturi funcționale.

Indicații privitor la folosirea POP (categoriile I și II)
- Femeile care au contraindicații pentru estrogeni;
- Care fumează și au mai mult de 35 ani;
- Pe perioada lactației;
- HTA< 180/ 110;
- Antecedente sau predispoziție la tromboembolie;
- Boli sistemice - Lupus eritematos, Boala Crohn;
- Femeile obeze sau cele cu diabet;
- Înainte de intervenții chirurgicale;
- Femeile care se pregătesc pentru inserția implantului sau DIU cu hormoni (4-6 luni pînă la inserție).

Stări care limitează alegerea metodei POP

Risc inacceptabil pentru sănătate (OMS, categoria IV):
- Sarcina;
- Afecțiuni maligne ale sînului (în prezent).

Stări în care riscurile depășesc beneficiile (OMS, categoria III):
- Lactația copilului mai mic de 6 săptămîni;
- Cardiopatie ischemică;
- Accident vascular cerebral (antecedente);
- Cefalee severă cu semne neurologice de focar;
- Sîngerare vaginală nemotivată;
- Cancer mamar (antecedente);
- Hepatită virală activă;
- Ciroză în formă avansată (decompensată);
- Tumori hepatice (hepatom, adenom);
- Interacțiuni medicamentoase (antibiotice – rifampicina, grizeofulvina; anticonvulsative – finitoina, carbamazepina, primidon, barbiturice), care scad eficiența contraceptivului.

Stări ce nu limitează alegerea metodei

- Alăptarea după șase săptămîni;
- Fumătoarele;
- Nuliparele;
- Adolescentele;
- Femeile obeze;
- Femeile care au suportat recent un avort;
- Afecțiunile benigne ale sînului;
- HTA controlată;
- Tulburările de coagulare;
- Maladiile varicoase;
- Anemia feriprivă;
- Malaria;
- ITS;
- Afecțiunile biliare;
- Menstruațiile dolore și abundente, neregulate;
- Endometrioza;
- Epilepsia;
- Fibromiomul uterului.

Cînd și cum începem utilizarea

- Din I-V zi a ciclului menstrual continuu, fără pauză, pe toată perioada de administrare;
- La 6 săptămîni de la naștere;
- Imediat după naștere sau în primele 4 săptămîni după naștere, în cazul în care nu alăptați pruncul;
- Imediat sau în următoarea zi după avort;
- **Se administrează continuu pe toată perioada de utilizare, fără întrerupere! (indiferent daca a început sau nu menstruația);**
- **Se administrează strict la aceeași oră!**
- **Folia următoare este începută în următoarea zi.**
- ***Dacă femeia a admis o întîrziere de 3 ore și mai mult, ea va lua imediat pastila restantă, dar, în următoarele 48 de ore, va folosi o metodă suplimentară de contracepție***.

Efecte secundare

- Sîngerare;
- Amenoree;

- Mastodinie;
- Cefalee, HTA, ictus miocardic;
- Sarcină uterină și ectopică.

(Vezi mai jos tratamentul efectelor secundare.)

Supravegherea pacientei

- Ea trebuie consultată peste 3 luni, apoi peste 6 luni. Dacă administrarea pastilelor va decurge reușit, ea poate fi examinată o singură dată pe an;
- Faceți o examinare minimă atunci cînd nu este necesară una desfășurată;
- Controlați greutatea corpului;
- Măsurați TA;
- Faceți un examen clinic al sînilor;
- Examenul genital se va face doar în cazurile în care femeia are dereglări de ciclu;
- Testul citologic se face în conformitate cu programul de screening.

Tratamentul efectelor secundare

- Efectele adverse minore, cum ar fi cefaleea, amețelile, grețurile, mastodiniile, pot să dispară peste cîteva luni, fără tratament.
- Majoritatea efectelor secundare se tratează ca și în cazul celor de la COC, cu mici excepții.
- În cazul unui ciclu menstrual neregulat (sîngerări neregulate), măriți doza de progestativ sau treceți la alt tip de progestativ. În cazul femeilor mai în vîrstă, se va întrerupe utilizarea progestativului. Dacă sîngerarea continuă, este necesară efectuarea unui examen ginecologic, ecografic.
- Amenoreea ce durează mai mult de 60 zile se întîlnește la 2-5% dintre femei.
  - Asigurați-vă că pacienta nu este însărcinată, schimbați preparatul.
  - Amenoreea ce continuă mai mult de 6 luni se tratează la fel ca și dereglările menstruale ale femeilor ce nu au folosit niciodată contraceptive hormonale.
- În cazul unor dureri abdominale, convingeți-vă că pacienta nu are sarcină ectopică, torsiune sau ruptură de chist ovarian funcțional (examen pelvic, ecografie).

Indicații pentru întreruperea administrării POP

- Sarcina;
- Metroragia persistentă;
- HTA crescută;
- Începutul unei boli hepatice acute;
- Planificarea sarcinii;
- Efecte secundare;
- Migrenele frecvente, însoțite de dereglări de vedere.

(Vezi mai jos consilierea în probleme de CPP.)

Celelalte tipuri de contraceptive numai cu progestative au caracteristici aproape identice.

Contraceptivele injectabile numai cu progestative prezintă o formă de contracepție feminină cu hormoni de sinteză, care sînt administrați parenteral și au efect îndelungat.

Există două mari categorii de contraceptive injectabile:

- contraceptive injectabile numai cu progestative (se administrează 1 x la 2-3 luni, în funcție de felul contraceptivului);
- injectabile estro-progestative (se administrează lunar).

Istoric

Pentru prima oară, depo-medroxyprogesteronul acetat (DMPA) este administrat femeilor în 1960, în scop de tratament al începutului de avort, al nașterii premature, de cancer endometrial, al endometriozei. Medicii au observat că femeile ce urmau acest tratament, rămîneau sterile ceva timp după asta. Din 1966, este folosit pe larg în peste 100 de țări, sub formă de contraceptiv. În același an, pe piața farmaceutică mondială este lansat un alt contraceptiv: NET-EN (Norethisteron-enantat). În prezent, este folosit în circa 30 de țări.

Componente

Tipul cel mai frecvent folosit este Depo-medroxyprogesteron acetat. El conține derivat de 17-hidroxiprogesteron, pregnan-progestativ. Are denumirile comerciale *Depo-Provera* și *Megestron*. Conține 150 mg de DMPA/flacon, are formă de suspensie microcristalină de particule cu dimensiuni determinate. Medroxyprogesteronul eliberat este biologic activ.

Noretisteron-Enanthat (noretindron-enanthat) este estran-progestativ, derivat de 19-nortestosteron, cu nume comercial de *Noristerat* ori *Doryxas*-200mg/flacon, în soluție uleioasă, care, după administrare, este hidrolizat în steroidul biologic activ norethisteron (NET).

Mecanismul de acțiune (prezentat la începutul capitolului):
- Inhibă ovulația;
- Mărește viscozitatea mucusului cervical;
- Modifică transportul tubar;
- Slăbesc capacitățile endometrului și, drept urmare, ovulul fertilizat nu poate fi implantat.

Eficiență

Este una dintre cele mai sigure metode contraceptive reversibile;

DMPA – 0-1 sarcini la 1000 femei/an, aproape egală cu rata sterilizării chirurgicale;

NET-EN – 0,4-2 sarcini la 1000 femei/an.

Reversibilitate

Este întîrziată restabilirea ovulației spontane de la 9 pînă la 24 luni. Circa 90% dintre femei care au utilizat această metodă de contracepție devin gravide în primii 2 ani de la întreruperea metodei.

Avantaje
- Eficiență înaltă;
- Comode (se administrează o dată la 3 luni);
- Reversibile (dar cu întîrziere);
- Nu conțin estrogen;
- Nu implică manipularea organelor genitale;
- Reduc tulburările de ciclu: sîngerări menstruale doar rare și neînsemnate, adesea amenoree după cîteva luni de folosire, reduc anemia, dismenoreea idiopatică sau cea produsă de endometrioză;
- Apără împotriva bolilor inflamatorii pelviene;
- Previn sarcina ectopică;
- Reduc riscul chisturilor ovariene;
- Metoda este dirijată de femeie.

Dezavantaje
- Nu poate fi întreruptă imediat;
- Forma de administrare – injectabilă;
- Tulburări menstruale;
- Creștere ponderală;
- Întîrziere a revenirii fertilității;
- Cloasmă (pigmentare a pielii cu pete galben-maronii);
- Depresie;

- Posibile cazuri de cefalee, mastodinie, indispoziție, cădere a părului;
- Crește HTA;
- Nu protejează de ITS, HIV/SIDA.

Indicații și stări ce limitează alegerea metodei

Indicații:

- CPI este considerată cea mai reușită alegere a femeilor care-și doresc o metodă sigură și reversibilă, în special pentru contraindicațiile de estrogeni;
- Tromboembolismul venos sau alte coagulopatii (lupus eritematos sistemic);
- Potrivită femeilor care uită să-și ia cu regularitate pastila;
- Femeilor pentru care sarcina prezintă risc pentru sănătate;
- Femeilor care trebuie să folosească progestative pe termen lung;
- Este o alternativă a DIU.

Stări ce limitează alegerea metodei

OMS, categoria IV

- Sarcina;
- Sîngerări vaginale nediagnosticate;
- Cancer mamar (în prezent);
- Cazuri în care utilizarea metodei prezintă risc pentru sănătatea femeii.

OMS categoria III

- Alăptarea unui prunc mai mic de 6 săptămîni;
- HTA>180/110;
- Afecțiune vasculară;
- Diabet zaharat cu nefropatie și angiopatie;
- Cardiopatie ischemică;
- Cefalee severă recurentă, inclusiv migrenă cu simptome de focar;
- Cancer mamar (în ultimii 5 ani);
- Hepatită virală activă;
- Tumori hepatice maligne și benigne.

Stări ce nu limitează alegerea metodei (vezi pastile orale numai cu progestative)

Selecția și evaluarea pacientelor pentru toate tipurile de CPP de lungă durată (inclusiv DIU și implanturi) trebuie să fie una riguroasă. Scopul evaluării este de a determina:

- indicațiile și avantajele utilizării metodei;
- existența stărilor ce limitează alegerea metodei date;
- existența unor probleme ce impun examene medicale și paraclinice suplimentare.

Tuturor clientelor trebuie să li se ofere o consiliere generală: anamneză generală și medicală completă, examen fizic. În caz de necesitate, consilierea generală poate fi repetată pe perioada de utilizare a metodei.

Anamneza generală trebuie să conțină întrebări despre antecedentele heredo-colaterale, personale, fiziologice și patologice. Important este să înregistrați:

- data nașterii;
- evoluția menstrelor;
- data primei zile a ultimei menstruații;
- anamneza obstetricală (numărul de sarcini-nașteri, avorturi, data ultimei nașteri, alăptarea, patologie în sarcină).

Examen fizic

- Determinarea masei corporale (procedură importantă);
- Înregistrarea TA;
- Controlul sînilor;
- Informarea pacientei despre importanța autocontrolului sîinilor și prezentarea modalităților de efectuare a lui.

Examenul pelvian și colectarea citologiei – stabilirea unor patologii preexistente a colului sau a unei sarcini incipiente.

Examene suplimentare

- Stabilirea cantității de hemoglobină;
- Glucoza sîngelui;
- Orice altă investigație necesară pentru evaluarea corectă a pacientei.

Cînd începe utilizarea metodei?

- Atunci cînd femeia este sigură ca nu e însărcinată;
- În primele 7 zile ale ciclului menstrual;
- Dacă începe mai tîrziu de ziua a șaptea, următoarele două zile va folosi o metodă suplimentară de contracepție;
- La șase săptămîni după naștere, pentru femeile ce alimentează la sîn și nu folosesc MAL, sau de la 6 luni, dacă folosesc MAL;

- Pentru femeile ce nu alăptează nou-născutul, dar nu mai tîrziu de săptămîna a patra. Nu este obligatoriu să aștepte restabilirea menstruației;
- Imediat sau în primele 7 zile de după avort;
- Imediat după întreruperea altei metode de contracepție.

Mod de utilizare

DMPA – 150 mg se administrează intramuscular. Preventiv, flaconul cu suspensie se agită ușor. Locul injectării nu se masează, nu se aplică termofor, nici pungă cu gheață. Următoarea injecție se va efectua peste 12-14 săptămîni. După 14 săptămîni e bine să faceți un test preventiv de sarcină.



Fig.7.2.1. Depo-Provera

NET-EN se administrează intramuscular o dată la 2 luni, dar nu mai devreme de 7 săptămîni. Administrarea întîrziată sporește rata de eșec.

Efectele secundare ale DMPA sînt ca și cele din cazul POP:

- Modificarea sîngerării uterine, care variază de la sîngerări neregulate neînsemnate la metroragii și amenorei, întîlnite după primul an de utilizare >50% în cazuri;
- Creșterea ponderală patologică – 1,5 kg și mai mult pe parcursul primului an;
- Efecte subiective: oboseală, depresie, scădere a libidoului, uscăciune vaginală, balonare, cefalee, amețeli, simptome mamare, crampe musculare, cădere a părului.

Tratamentul efectelor secundare:

1. Sîngerări prelungite (>8zile) – examen pentru a exclude o cauză ginecologică a sîngerării (resturi gestaționale, polipi endometriali, noduli miomatoși submucoși sau un carcinom). Tratamentul depinde de următorii factori:

- Administrarea dozei nu mai devreme de 4 săptămîni de la ultima doză;
- Administrarea unui estrogen natural de 1,25 mg pe zi, 21 de zile;

- Administrarea COC cu 30 mcg de EE este o alegere bună. Dacă sîngerarea continuă, poate fi administrat estradiol cypionat sau valerat intramuscular care, de obicei, stopează sîngerarea timp de 24 de ore;
- Hemostaza cu etamsilat și alte preparate de genul acesta sînt puțin eficiente;
- Chiuretajul uterin este ultima resursă terapeutică în cazul în care nu există contraindicații terapeutice;
- În cazuri rare pot fi prescrise preparate cu Fe, doar pentru a corecta anemia; pierderile mari de sînge sînt rar întîlnite;
- În cazul sîngerărilor moderate ibuprofen-ul (antiinflamator și antiprostoglandinic) 0,2 x 3 ori/zi este preferabil aspirinei și are efect benefic;
- Pacienta trebuie să fie informată că sîngerarea poate reapărea.

2. Amenoreea este al doilea simptom frecvent. În 40-60% dintre cazuri este caracteristic pentru DMPA, se întîlnește puțin mai rar la NET-EN și doar în 10% dintre cazuri – la implanturi și Mirena (DIU).

În caz de amenoree:

- asigurați-vă că pacienta nu este însărcinată;
- încurajați femeia să suporte amenoreea, care nu prezintă risc pentru sănătatea ei;
- administrați-i, în caz de necesitate, o cură scurtă de estrogeni naturali.
- care durează timp de 5 ani, apare riscul contractării hipoestrogeniei. Femeile vîrstnice, după DMPA, vor beneficia de tratament hormonal de substituție.

3. Alte efecte adverse (vezi COC)

Informații pentru pacientă:

- Administrare cu regularitate;
- Înregistrați data următoarei vizite;
- Informați pacienta despre schimbările ciclului menstrual;
- Convingeți-vă că ați fost înțeles, punîndu-i întrebări de control;
- Asigurați-o că aceste modificări nu prezintă risc pentru sănătatea ei;
- Informați pacienta despre alte efecte secundare posibile;
- Convingeți-vă că pacienta este sigură de metoda aleasă și că-și poate controla greutatea.

Prezentați-i pacientei posibilele stări de urgență

- În caz de amenoree, este necesar un test de sarcină;

- În caz de durere severă în abdomen este posibilă o sarcină ectopică (examen ginecologic, test de sarcină, examen ecografic);
- În caz de cefalee severă, dereglări de vedere, este posibilă tromboză a vaselor cerebrale (adresare imediată la medic);
- În caz de sîngerare abundentă (vezi mai sus efecte adverse);
- În caz de disconfort neobișnuit în locul injectării, sînt posibile complicații septice, alergie la preparat.

Spuneți-i pacientei că poate reveni oricînd la medic pentru orice problemă ce o preocupă.

Ar fi bine dacă pacienta va primi un formular în care va fi înscrisă data injectării, tipul injectabilului și va fi fixată data următoarei injecții.

Tendințe moderne

Cercetările pentru alte noi progestative urmăresc obținerea de metode eficiente cu minimum de reacții adverse, ușor de administrat și cu o durată mai mare de acțiune.

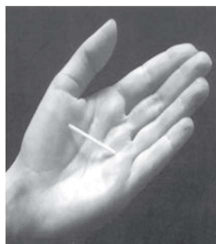
În prezent, acestea sînt în faza de cercetare:

- **Suspensia microcristalină** (levonorgestrel ori levonorgestrel butanoat) – 10 mg/doză, se administrează o dată la 3 luni. Studiile au arătat rezultate bune, preparatul avînd o toxicitate redusă;
- **Microsfere biodegradante** ce conțin steroizi sintetici sau naturali (progesteron, levonorgestrel 17b estradiol) legați cu un polimer (matricea medicamentului), acidul coglicolic poli-D. Aceste preparate pot fi utilizate pe termen mai lung de 3-6 luni. În prezent, se fac studii clinice asupra lor în SUA și Mexic;
- **Macrocristale monolitice** de medicament pur – sînt lent-biodegradante pentru a trece în circulație. Conțin ca substanță activă progesteronul natural;
- **Vaccinuri** împotriva spermatozoizilor, ovocitului și hormonilor ce controlează ovulația, dar și împotriva oului. Există un vaccin, produs în India la comanda OMS, anti HCG, care, injectat de 3 ori la un interval de 6 săptămîni, asigură efect contraceptiv pentru un an. O altă noutate este vaccinul anti-zonă pelucidă care nu are efecte adverse ale injectabilelor, dar afectează imunitatea. Este produs de OMS;
- **Implant II sau Jadelle** – dezvoltat de Consiliul populației, produs al companiei Shering/Leiras, similar cu Norplant-ul,

însă reformulat cu un nou efastomer. Constă din 2 bastonașe, puțin mai lungi decît cele de la Norplant, umplute cu levonorgestrel. Rata eliberării zilnice de LNG este de 30 mcg/zi, valabil pentru 5 ani, aprobat pentru utilizare în SUA;

- **IMPLANON** elaborat de Organon International, constă dintr-un singur bastonaș, are 2 mm x 4 mm, este umplut cu 3-ketodezogesterel, se secretă zilnic 30 mcg. Preparatul este eficient timp de 3 ani.

Fig. 7.2.2.
Implanon



7.3 Metode de barieră

Prezervativul masculin este un tub din latex, foarte fin, care acoperă penisul în stare de erecție, colectează lichidul spermatic și acționează ca o barieră ce împiedică pătrunderea spermatozoizilor în vagin.

Prezervativul feminin este o membrană sub formă de sac, din plastic subțire, transparent și moale. Se introduce în vagin și în timpul actului sexual protejează vaginul de pătrunderea spermei.

Diafragma reprezintă o cupolă moale din cauciuc care acoperă colul uterin. Înainte de inserție se întrebuințează un gel sau o cremă spermicidă.

Spermicidele sînt substanțe chimice care inactivează și distrug spermatozoizii. Principalii agenți spermicizi care acționează ca surfactant sînt: *nonoxynol-9, octoxynol, menfegol și clorură de benzalconium.* Spermicidele se produc sub formă de tablete sau ovule spumante, supozitoare, spume, filme, geluri și creme.

Mecanismul de acțiune
Prezervativele:

- împiedică pătrunderea spermei în căile reproductive feminine;
- previn transmiterea microorganismelor și a altor agenți de contaminare cu ITS de la un partener la altul (prezervativele din latex și din vinil).

Diafragma:
- împiedică pătrunderea spermei în căile reproductive feminine superioare (uter și trompe uterine);
- servește în calitate de rezervor pentru spermicid.

Spermicidele:
- distrug membrana spermatozoizilor, ceea ce micșorează mobilitatea acestora și abilitatea lor de a fecunda ovulul.

Prezervativele masculin și feminin
Avantaje:
- acționează imediat;
- sînt lipsite de nocivități, sînt sub controlul femeii, pot fi utilizate aproape de toate femeile (prezervativul feminin);
- implică bărbatul în planificarea familiei (prezervativul masculin);
- oferă contracepție temporară, la momentul necesar, metoda este reversibilă;
- au eficiență înaltă dacă sînt utilizate corect;
- nu influențează alăptarea la sîn;
- pot fi utilizate ca metodă de siguranță în combinație cu alte metode contraceptive;
- nu prezintă nici un risc pentru sănătate;
- nu au efecte adverse sistemice;
- sînt accesibile (mai puțin prezervativul feminin, deoarece este mai scump);
- se distribuie fără rețetă;
- nu necesită examinare medicală înainte de utilizare;
- sînt relativ ieftine (prezervativul masculin);
- sînt singura metodă contraceptivă care asigură protecție contra ITS și HIV;
- pot prelungi timpul stării de erecție și perioada de pînă la ejaculare;
- ajută la prevenirea cancerului colului uterin.

Dezavantaje:
- au o eficacitate medie (2-12 sarcini la 100 de femei la primul an de utilizare);
- sînt eficiente doar dacă clientul respectă cu strictețe toate instrucțiunile;
- reduc sensibilitatea penisului ceea ce poate împiedica menținerea erecției;

- necesită condiții speciale pentru păstrare;
- cer să ai o rezervă de prezervative înainte de a începe un contact sexual;
- sînt de o singură folosință.

Diafragma

Avantaje:

- este lipsită de nocivități, se află sub controlul femeii, poate fi utilizată aproape de orice femei;
- oferă contracepție temporară, iar la momentul necesar metoda este reversibilă;
- dacă este utilizată corect, la fiecare act sexual are o eficiență înaltă;
- nu are efecte secundare induse de hormoni;
- nu are influență asupra laptelui matern;
- diafragma poate fi inserată cu pînă la 6 ore înainte de contactul sexual, deci nu este nevoie de întreruperea actului sexual;
- ajută la prevenirea ITS și a unor afecțiuni cauzate de ITS (afecțiunea inflamatorie pelviană, infertilitatea, sarcina ectopică și, posibil, cancerul cervical).

Dezavantaje:

- necesită examen genital și stabilirea dimensiunii potrivite de către un furnizor de servicii de planificare familială;
- în perioada incipientă, cînd abia vă obișnuiți cu aplicarea ei, metoda poate avea eficacitate mai mică;
- poate fi dificil de extras, se poate rupe în momentul extragerii (rar);
- trebuie să fie tot timpul la îndemînă;
- trebuie introdus în vagin înainte sau în timpul fiecărui act sexual;
- poate fi introdusă în vagin doar cu ajutorul degetelor;
- necesită respectarea regulilor de igienă;
- după naștere, femeia poate avea nevoie de diafragmă de o altă dimensiune;
- diafragmele trebuie spălate minuțios cu un săpun nealcalin și cu apă, după fiecare utilizare;
- necesită păstrare grijulie pentru a evita deteriorarea ei;
- unele paciente se obișnuiesc greu cu diafragma.

Spermicidele

Avantaje:

- sînt lipsite de nocivități, se află sub controlul femeii, pot fi utilizate aproape de orice femeie;
- oferă contracepție temporară, iar la momentul necesar metoda este reversibilă;
- nu au efecte secundare induse de hormoni;
- nu afectează laptele matern;
- pot fi introduse în vagin cu pînă la o oră înainte de contactul sexual, în acest fel fiind evitată întreruperea actului sexual;
- pot spori lubrifierea vaginului;
- pot fi utilizate imediat după naștere;
- nu necesită o consultație înainte de începerea utilizării.

Dezavantaje:

- necesită atingerea organelor genitale;
- spermicidele, care se topesc, trebuie introduse în vagin cu cel puțin 10 minute înainte ca bărbatul să ejaculeze, dar nu cu mai mult de o oră înainte;
- unele tipuri de spermicide se pot topi în apă caldă;
- dacă nu s-a introdus înainte de contactul sexual, veți fi nevoiți să întrerupeți actul sexual;
- pastilele spumante pot crea senzații de căldură locală;
- iritația determinată de utilizarea repetată a spermicidelor pe parcursul unei zile poate spori riscul contaminării cu HIV;
- sînt greu tolerate de unele femei.

Efecte adverse (secundare)

Prezervativul masculin și cel feminin

În unele cazuri, utilizarea prezervativelor poate cauza efecte adverse sub formă de alergie la latexul din cauciuc, la lubrifianți sau la spermicidele folosite o dată cu prezervativul.

Diafragma

- Infecții ale tractului urinar;
- Iritații locale, cauzate de hipersensibilitate sau alergie;
- Disconfort al partenerei sau al partenerului;
- Secreții vaginale anormale sau mirositoare;
- Leziuni vaginale cauzate de inelul diafragmei;
- Leziuni ale peretelui vaginal, pricinuite de extragerea diafragmei.

Spermicidele
- Iritații locale, cauzate de sensibilitate sau alergie;
- Sporirea frecvenței infecțiilor tractului urinar.

Complicații

Utilizarea metodelor de barieră nu favorizează apariția complicațiilor sistemice la pacienți.

Cine poate folosi metoda?

Orice persoană de sex masculin sau feminin care a decis să utilizeze metode de barieră și care a urmat o consiliere adecvată.

Contraceptivele de barieră se recomandă, în special:
- atunci cînd alte metode contraceptive reversibile sînt contraindicate și cînd contracepția chirurgicală voluntară nu este dorită;
- persoanelor care au contacte sexuale sporadice;
- ca o formă temporară de contracepție:
  - atunci cînd cuplul are nevoie de o metodă tranzitorie de contracepție;
  - în timpul amenoreei de lactație;
  - în primele 3 luni după o vasectomie;
  - cînd nu mai pot fi palpate firele sterilетului;
  - cînd femeia administrează medicamente ce scad eficiența contraceptivelor orale;
  - pe perioada de investigare și de tratament a unor afecțiuni ginecologice;
  - ca o alternativă temporară înainte de trecerea la altă metodă;
  - în combinație cu metodele naturale, în perioada fertilă a ciclului;
- ca o metodă suplimentară de siguranță;
- cînd unul dintre clienți are mai mulți parteneri sexuali, chiar dacă ei folosesc o metodă de bază de contracepție;
- cînd femeia nu preferă sau are contraindicații la utilizarea contracepției hormonale (în special, femeile fumătoare, de după 35 de ani);
- cînd femeia nu acceptă (sau are interdicții) utilizarea dispozitivului intrauterin;
- cînd femeia alăptează;
- pentru protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală, inclusiv atunci cînd bărbatul refuză folosirea prezervativului masculin;
- pentru prevenirea contaminării HIV (prezervativul masculin și cel feminin).

Cine nu poate folosi metoda de barieră?

Nu există contraindicații absolute pentru folosirea metodelor de barieră.

Există, însă, situații în care este necesară o evaluare atentă pentru a stabili contraindicațiile relative generale ale acestei metode, și anume:

- imposibilitatea pacientului de a obține sau de a folosi în mod constant o metodă de barieră;
- nevoia unei protecții extrem de eficiente împotriva sarcinii (sarcină cu risc crescut în cazul eșecului metodei).

Mai există și condiții specifice pentru fiecare metodă.

Prezervativul masculin

- Provoacă în anumite cazuri alergie sau sensibilitate la latex.

Prezervativul feminin

- Alergie sau sensibilitate la plastic;
- Lipsa deprinderilor sau a dorinței pacientei de a introduce prezervativul intravaginal.

Diafragma

- Antecedente de șoc toxico-septic;
- Infecții repetate ale tractului urinar;
- Malformații sau afecțiuni vaginale, uterine, care împiedică amplasarea corectă a diafragmei (prolaps uterin, tonus vaginal scăzut, obstrucții vaginale, arcadă retropubiană slab dezvoltată);
- Primele 6 săptămîni după nașterea unui copil la termen;
- Alergie la latex sau sensibilitate la spermicide;
- Lipsa deprinderilor sau a dorinței pacientei de a-și insera diafragma sau de a palpa corect colul uterin.

Spermicidele

- În cazul în care eșecul metodei este urmat de o sarcină cu risc sporit, trebuie considerată cu multă atenție eficiența redusă a spemicidelor.
- Sensibilitate la spermicide.

Utilizarea metodei

Metodele de barieră trebuie folosite la fiecare contact sexual.

Prezervativul masculin

- Este de o singură folosință și se aplică înaintea fiecărui contact sexual.
- Se îmbracă pe penisul în stare de erecție și se scoate imediat după ejaculare, cînd penisul se află încă în stare de erecție, pentru a preveni, astfel, contactul spermei cu vaginul.

- Poate fi folosit numai cu lubrifianți pe bază de apă.
- În cazul în care se rupe sau alunecă în timpul actului sexual, se recomandă folosirea suplimentară a unei metode de contracepție de urgență.
- Poate fi folosit împreună cu alte metode contraceptive, cu scopul protecției de ITS.

Prezervativul feminin

- Înainte de actul sexual, capătul închis al sacului se amplasează în porțiunea superioară a vaginului. Acest capăt închis conține un inel flexibil care ajută la fixarea lui de pereții vaginului. Capătul deschis al sacului are un inel mai mare care rămîne în exteriorul vaginului.
- Este de o singură folosință.
- Poate fi folosit împreună cu alte metode contraceptive, cu scopul protecției de ITS.

Diafragma

Inserarea diafragmei

- Diafragma se introduce în vagin înainte de contactul sexual;
- Diafragma se ține cu cupola în jos;
- În interiorul cupolei diafragmei și pe margini se aplică o linguriță de spermicid (cremă sau gel). Aplicarea spermicidului se repetă înaintea fiecărui contact sexual și dacă inserția a avut loc cu mai mult de două ore înaintea contactului sexual;
- Se apasă pe marginile diafragmei, cupola venind înspre palmă și se introduce diafragma în vagin, cît mai adînc posibil;
- Înainte de contactul sexual, femeia va verifica dacă colul uterin este acoperit și marginea diafragmei se află în spatele osului pubian. Prin diafragmă, colul se simte ca un vîrf de nas;
- La fiecare nou contact sexual, femeia va adăuga o cantitate nouă de spermicid, fără a extrage diafragma.

Extragerea diafragmei

- Diafragma se lasă în vagin cel puțin 6 ore după ultimul contact sexual, însă nu mai mult de 24 de ore de la aplicare;
- Se introduce un deget în vagin pînă este simțit inelul diafragmei;
- Degetul trece sub inelul diafragmei și trage diafragma în jos, scoțînd-o afară; fiți atentă să nu rupeți diafragma cu unghia;
- După fiecare utilizare, diafragma se spală cu apă caldă și săpun nealcalin și se usucă;

- Verificați cu regularitate, la lumină, dacă diafragma nu este perforată;
- Evitați contactul diafragmei cu geluri pe bază de uleiuri minerale, dezinfectanți, detergenți, săpunuri parfumate sau praf;
- Diafragma se va păstra într-un loc uscat, curat și răcoros;
- Diafragma se schimbă la fiecare 2 ani de utilizare;
- Dacă în urma nașterii, greutatea corpului femeii s-a modificat cu 3-7 sau mai multe kg, este necesară schimbarea diafragmei;
- Diafragma poate fi eficientă doar atunci cînd este utilizată la fiecare contact sexual.

Spermicidele
- Femeia introduce spermicidul înaintea fiecărui contact sexual sau înainte ca sperma să fie ejaculată în vagin;
- Cel puțin 6 ore după contactul sexual nu se vor face spălături sau dușuri vaginale;
- Gelul contraceptiv este folosit, de obicei, în asociere cu diafragma sau cupola cervicală;
- Spuma sau crema se introduce adînc în vagin cu cel mult o oră înainte de contatul sexual, cu ajutorul inserțoriului sau a aplicatorului;
- Înainte de a umple aplicatorul cu spumă spermicidă, agitați bine flaconul;
- Pastila, ovulul sau filmul se introduc adînc în vagin, cu ajutorul unui aplicator sau cu ajutorul degetelor cu cel mult o oră, dar nu mai puțin de 10 minute înaintea actului sexual;
- Filmul se îndoaie cu ajutorul degetelor uscate și se introduce în apropierea colului. Fiți atente ca filmul să nu se lipească de deget în loc să se lipească de colul uterin;
- Spermicidele se păstrează în locuri răcoroase, uscate pentru a nu se topi. Pastilele spumante trebuie păstrate în locuri uscate.

Instrucțiuni pentru pacienți

Prezervativul masculin

Prezervativul se aplică pe penisul aflat în erecție înainte ca el să penetreze vaginul.
- Verificați termenul de valabilitate al prezervativului și dacă ambalajul este intact;
- Rupeți ambalajul în locul indicat;
- Țineți prezervativul cu partea rulată în sus;
- Trageți înapoi prepuțul;

- Scoateți aerul din rezervor;
- Puneți prezervativul pe vîrful penisului, aflat în erecție;
- Derulați prezervativul spre baza penisului. Prezervativul trebuie să se întindă cu ușurință pe penis. În caz contrar, întoarceți-l și încercați din nou. Dacă aveți ITS, pentru a nu transmite infecția aruncați prezervativul la coș și luați unul nou.
- Dacă folosiți lubrifianți, alegeți-i pe cei pe bază de apă. Pot fi aplicate spermicidele sau alte produse special destinate folosirii împreună cu prezervativele. Se poate recurge și la ajutorul apei. Aceste substanțe ușurează lunecarea prezervativului și-l feresc de rupturi în timpul actului sexual. Secrețiile vaginale de asemenea sînt lubrifianți.

Nu folosiți lubrifianți pe bază de ulei de floarea soarelui, uleiuri minerale – gel pe bază de petrol (vaselină), loțiuni pentru piele, unt sau margarină. Toate aceste substanțe vor provoca deteriorarea prezervativului.

- După ejaculare, penisul, aflat încă în stare de erecție, trebuie retras din vagin, ținînd prezervativul cu degetele la baza penisului, astfel încît să nu alunece și să nu se împrăștie lichidul spermatic.
- Scoateți prezervativul fără ca sperma să vină în contact cu vaginul.
- Dacă prezervativul s-a rupt sau a alunecat, folosiți imediat un spermicid sau o metodă contraceptivă postcoitală (de urgență), pentru a vă proteja de o sarcină nedorită.
- Folosiți un prezervativ o singură dată. După utilizare, aruncați-l la gunoi. Aveți grijă ca alte persoane, în special copiii, să nu vină în contact cu el.
- Păstrați prezervativele noi într-un loc răcoros și la întuneric.
- Dacă aveți posibilitate de alegere, dați prioritate prezervativelor lubrifiate, în ambalaje mate.
- Manipulați prezervativul cu grijă, el se poate rupe din cauza inelelor de pe degete sau a unghiilor lungi.
- Nu derulați prezervativul înainte de folosire, pentru a nu-l deteriora. Un prezervativ derulat este mult mai greu de aplicat.
- Utilizați un prezervativ nou în următoarele cazuri:
  – dacă ambalajul este deteriorat;
  – dacă a fost produs cu mai mult de 5 ani înaintea momentului folosirii;
  – dacă are un aspect deteriorat;
  – dacă este uscat, friabil sau lipicios la atingere.

Prezervativul feminin
- Verificați termenul de valabilitate al prezervativului și starea ambalajului;
- Rupeți ambalajul la locul indicat;
- Înainte de actul sexual, puneți capătul închis al sacului în porțiunea superioară a vaginului;
- Acest capăt închis conține un inel flexibil care ajută la fixare;
- Lăsați capătul deschis al sacului, ce are un inel mai mare, în exteriorul vaginului;
- Folosiți un prezervativ o singură dată;
- După utilizare, aruncați-l la gunoi;
- Aveți grijă ca alte persoane, în special copiii, să nu vină în contact cu el;
- Dacă prezervativul s-a rupt sau conținutul lui a intrat în contact cu mucoasele vulvei sau ale vaginului, folosiți imediat un spermicid sau o metodă contraceptivă postcoitală (de urgență), pentru a vă proteja de o sarcină nedorită;
- Păstrați prezervativele noi într-un loc răcoros și la întuneric.

Diafragma
- Diafragma se poate insera oricînd, înaintea actului sexual;
- Țineți diafragma cu cupola în jos și introduceți în cupolă o cantitate de spermicid, egală cu conținutul unei lingurițe;
- Apăsați pe marginile diafragmei, cu cupola înspre palmă, și introduceți diafragma în vagin, cît mai adînc posibil;
- Adăugați spermicid înaintea fiecărui contact sexual sau dacă de la momentul aplicării pînă la contactul sexual au trecut 2 ore sau mai mult;
- Înainte de actul sexual, verificați dacă colul uterin este acoperit și dacă marginea diafragmei se află în spatele osului pubian;
- Lăsați diafragma în vagin cel puțin 6 ore după ultimul contact sexual, însă nu mai mult de 24 de ore de la aplicare;
- Introduceți un deget în vagin pînă simțiți inelul diafragmei;
- Treceți degetul cu blîndețe sub inelul diafragmei și trageți diafragma în jos, scoțînd-o afară;
- Aveți grijă ca diafragma să nu fie ruptă cu unghia;
- După fiecare utilizare, spălați diafragma cu apă caldă și săpun nealcalin și puneți-o să se usuce;
- Verificați cu regularitate dacă diafragma nu este perforată, ținînd-o la lumină;

- Evitați contactul diafragmei cu geluri pe bază de uleiuri minerale, dezinfectanți, detergenți, săpunuri parfumate sau praf;
- Păstrați diafragma într-un loc uscat, curat și răcoros;
- Schimbați diafragma după 2 ani de utilizare, după naștere sau dacă greutatea corpului s-a modificat cu 3-7 sau mai multe kg;
- Nu uitați că eficiența diafragmei depinde de utilizarea ei la fiecare contact sexual.

Spermicidele

- Folosiți spermicidele înaintea fiecărui act sexual;
- Nu uitați despre timpul de așteptare la utilizarea tabletelor și a ovulelor spumante;
- Pentru cremele și gelurile spermicide nu este nevoie de așteptare;
- Respectați recomandările producătorilor în ceea ce privește folosirea și păstrarea fiecărui produs în parte (de exemplu, agitați flacoanele cu spume înainte de umplerea aplicatorului);
- Repetați aplicarea spermicidului dacă a trecut o oră de la aplicarea inițială și actul sexual n-a avut loc;
- Aplicați spermicidul corect, cît mai sus în vagin, pentru a asigura acoperirea corespunzătoare a colului uterin;
- Pentru reducerea riscului ITU, urinați după fiecare act sexual;
- Nu faceți spălături sau dușuri vaginale cel puțin 6 ore după contactul sexual;
- În cazul absenței menstruației, consultați medicul.

Consilierea în legătură cu metoda concretă

Prezervativul masculin

- Despre avantajele și dezavantajele diafragmei și despre alternative contraceptive.
- Eficiența prevenirii transmiterii ITS, inclusiv HIV (cu excepția prezervativelor de origine animală).
- Informați pacienta despre eficiența metodei și necesitatea de a folosi prezervativele la fiecare contact sexual.
- Discutați probabilitatea cooperării partenerului în utilizarea metodei.
- Tehnica de utilizare corectă a prezervativului masculin.
- Pentru a demonstra pe cale practică, folosiți mulaje sau mostre artificiale.
- Accentuați faptul că pentru fiecare contact sexual trebuie folosit un prezervativ nou.

- Recomandați utilizarea suplimentară de spermicide pentru a spori eficiența contracepției.
- Încurajați pacienții să revină cînd au dubii sau probleme legate de folosirea metodei.
- Explicați acțiunile femeii în cazul eșecului metodei în protecția împotriva sarcinii și a bolilor cu transmitere sexuală. În special, atunci cînd contraceptivele nu sînt utilizate corect, adică la fiecare contact sexual.
- Atenționați femeia să vină pentru un control medical atunci cînd întîrzie menstruația.
- Încurajați femeia să pună întrebări și dați-i răspunsuri.
- Planificați vizita de control.
- Oferiți instrucțiuni sub formă de pliante.

Prezervativul feminin

- Vorbiți-i pacientei despre avantajele și dezavantajele diafragmei și despre alternative contraceptive.
- Informați pacienta despre eficiența metodei și despre necesitatea de a folosi prezervativele la fiecare contact sexual.
- Discutați probabilitatea cooperării partenerului la utilizarea metodei.
- Tehnica de utilizare corectă a prezervativului feminin și pericolul contactului conținutului prezervativului cu mucoasele vaginale. Pentru a demonstra practic, folosiți mulaje sau mostre artificiale.
- Accentuați faptul că pentru fiecare contact sexual trebuie folosit un prezervativ nou.
- Încurajați pacienții să revină cînd au dubii sau probleme legate de folosirea metodei.
- Explicați acțiunile femeii în cazul eșecului metodei (ruperea, alunecarea prezervativului).
- Atenționați femeia să vină pentru un control medical atunci cînd se reține cilcul menstrual.
- Eficiența prevenirii transmiterii ITS, inclusiv HIV.
- Încurajați femeia să pună întrebări și dați-i răspunsuri.
- Planificați vizita de control.
- Oferiți instrucțiuni sub formă de pliante.

Diafragma

- Consiliați pacienta despre avantajele și dezavantajele diafragmei și despre alternative contraceptive.
- Informați pacienta despre eficiența metodei și despre necesitatea de a folosi diafragma la fiecare contact sexual.

- Colectați anamneza după care continuați consilierea individualizată în cadrul căreia abordați temerile și întrebările pacientei.
- Informați pacienta despre modul corect de utilizare și de păstrare a diafragmei.
- Atenționați pacienta să revină la medic atunci cînd întîrzie menstruația sau simte un disconfort.
- Informați femeia despre simptomele de infecție urinară, despre șocul toxico-septic și vaginită. Atenționați-o să se adreseze imediat la medic în cazul apariției acestor simptome.
- Informați pacienta despre faptul că diafragma inserată corect nu provoacă senzații de disconfort atît ei, cît și partenerului.
- Discutați cu pacienta despre perioada fertilă și dorința ei de a utiliza prezervativele ca o metodă suplimentară în perioada ovulației.
- Încurajați femeia să pună întrebări și dați-i răspunsuri.
- Planificați vizita de control.
- Oferiți instrucțiuni sub formă de pliante.

Înainte de a utiliza diafragma, este necesară efectuarea unui examen genital, care ar confirma că starea sănătății femeii permite folosirea acestei metode de contracepție.

Spermicidele

Consiliați pacienta despre:

- avantajele și dezavantajele folosirii spermicidelor;
- eficiența metodei și necesitatea folosirii spermicidelor la fiecare contact sexual;
- maladiile de care a suferit pînă în prezent și temerile pacientei pe care le are în legătură cu maladiile respective;
- alegerea spermicidului;
- *nu uitați că spermicidele pe bază de mercur dăunează grav sănătății;*
- faptul că actul sexual propriu-zis poate începe nu mai devreme de 10-15 minute de la aplicarea tabletelor sau a ovulelor. Cremele și gelurile spermicide nu necesită timp de așteptare;
- importanța respectării recomandărilor producătorului, referitoare la folosirea și păstrarea produsului ales;
- necesitatea aplicării repetate a spermicidului în cazul în care contactul sexual are loc la mai mult de 1 oră de la aplicarea inițială;
- aplicarea corectă a spermicidului și introducerea cît mai adîncă a lui în vagin;
- importanța solicitării unei consultații medicale în cazul absenței menstruației;

- apariția efectelor adverse și schimbarea produsului spermicid sau, dacă indiciile persistă, schimbarea metodei;
- riscul ITU poate fi redus prin urinarea după fiecare act sexual;
- încurajați femeia să pună întrebări și răspundeți-i de fiecare dată;
- planificați vizita de control;
- oferiți-i pliante ilustrate despre utilizarea metodelor contraceptive.

Consilierea în cazul apariției efectelor adverse sau în condiții speciale

Prezervativul masculin și cel feminin

Dacă în timpul utilizării prezervativului apar efecte secundare, cum ar fi alergia la latexul din cauciuc, la lubrifianți sau la spermicidele folosite o dată cu prezervativul, se recomandă efectuarea următoarelor acțiuni:

- recomandați schimbarea tipului de prezervativ;
- dacă pacientul este alergic la latex, el poate folosi un prezervativ din poliuretan sau din latex purificat, care nu sînt alergice. Prezervativele din țesut de animal nu sînt alergice, dar nu protejează de HIV;
- dacă pacientul folosește prezervative cu spermicide, recomandați-le pe cele fără spermicide sau alt tip de spermicide;
- dacă și după aceste recomandări clientul continuă să fie alergic la prezervativ, ajutați-l să aleagă altă metodă.

Diafragma

Utilizarea diafragmei favorizează apariția unor efecte adverse. În cazul apariției lor, e necesar să faceți următoarele:

Efecte secundare	*Acțiuni*
Infecții ale tractului urinar	Prescrieți tratamentul infecției sau trimiteți pacienta la alte servicii pentru prescrierea tratamentului. Pe durata tratamentului, pacienta nu va putea utiliza diafragma, de aceea e necesar să-i recomandați o altă metodă. Verificați dacă dimensiunea diafragmei nu este mai mare și dacă da, alegeți diafragma cu dimensiunea potrivită.
Iritații locale, cauzate de hipersensibilitate sau de alergie	De regulă, aceste iritații sînt o consecință a utilizării spermicidului în combinație cu diafragma. Respectiv, recomandați schimbarea spermicidului. Dacă problemele persistă și după asta, alegeți altă metodă.
Disconfort al pacientei sau al partenerului (crampe, presiune pe vezica urinară sau rect)	Disconfortul se datorează contactului mecanic sau presiunii inelului diafragmei. Dacă pacienta nu dorește să renunțe la această metodă, schimbați mărimea sau tipul diafragmei.

Efecte secundare	*Acțiuni*
Secreții vaginale anormale sau mirositoare	Ele pot apărea dacă diafragma este ținută în vagin mai mult de 24 ore. E necesară efectuarea unui examen ginecologic și, dacă nu sînt depistate semne de vaginită, aplicați măsuri igienice. Dacă simptomele continuă să persiste, efectuați un tratament specific etiologic.
Leziuni vaginale cauzate de inelul diafragmei	Întrerupeți folosirea diafragmei pînă la vindecarea leziunilor, recomandînd pe această durată o altă metodă contraceptivă. Verificați dimensiunea diafragmei. După tratarea leziunilor, femeia poate folosi în continuare diafragma.
Leziuni ale peretelui vaginal ca urmare a extragerii greșite a diafragmei	Metoda va fi suspendată pînă la vindecarea leziunilor, utilizîndu-se, temporar, altă metodă contraceptivă. Verificați dacă pacienta respectă instrucțiunile privind extragerea diafragmei și dacă nu are unghii prea lungi.

Spermicidele

Utilizarea spermicidelor provoacă, în foarte rare cazuri, efecte secundare, care însă sînt minore. Dacă, totuși, apar iritații locale sau persistă alte efecte secundare, este recomandabil să schimbați metoda.

Studiile efectuate nu au confirmat riscul de malformații congenitale în cazul unor sarcini apărute în urma eșecului metodei date.

NOTE: În prezent, mai pot fi folosite cupola cervicală, capișonul boltit, vimula (un capișon boltit și modificat) și buretele vaginal.

7.4. Dispozitivul intrauterin

DIU este o piesă mică, din plastic sau din metal, care poate fi de diferite forme și care se introduce în uter pentru a provoca sterilitatea sau pentru a face imposibilă nidarea ovulului.

În anul 1909, Richard Richter confecționează un inel din gogoașa viermelui de mătase. Acesta este primul DIU descoperit, care însă în acea perioadă nu a trezit mare interes. Utilizarea pe scară largă a DIU începe după invenția lui Tenrey Ota, care a confecționat niște inele metalice, care, introduse în uter, protejau de sarcină. Aceste dispozitive au fost testate pe femeile din țările ocupate de Japonia în cel de-al doilea război mondial. Acestui fapt i se datorează utilizarea răspîndita a DIU în țările asiatice. După 1950, DIU cîștigă încrederea partenerilor, iar în anii ’60 pe piața farmaceutică apar primele DIU.

Prevalența folosirii DIU:
- Europa – 13%;
- SUA – 5%;
- Australia – 5%;
- Japonia – 4%;
- America Latina – 4,1%;
- Republica Moldova – 23%.

Tipurile moderne de DIU:
- **active** – care conțin cupru (Cu T380A). Durata recomandată pentru folosire este de 10 ani. *Nova T* – 5 ani, *Muload 375* – 5 ani, *Flexi Gard* – 5 ani;
- **medicate** – *Mirena* este o *Nova T*, brațul vertical al căreia e umplut cu hormoni Levonorgestrel, care se elimină constant (20mcg/zi). Durata recomandată de folosire – 5 ani;
- **inerte** – primele DIU, Lippes Loop, confecționate din polietilenă umplută cu bariu, aveau patru mărimi. Astăzi nu mai sînt folosite.

Mecanism de acțiune

Efectul DIU asupra fertilității nu este pe deplin cunoscut. În prezent, se consideră că principalul mecanism de acțiune este cel de prevenire a fertilității în urma afectării viabilității spermatozoizilor. Mecanismul de acțiune se explică prin:
- reacția la corp străin în endometru, accentuată de ionii de cupru;
- fagocitoza spermatozoizilor;
- faptul că afectează metabolismul endometrial și inhibă deplasarea spermatozoizilor;
- faptul că interferează procesul de fecundare, adică de transportare a spermatozoizilor, ca rezultat al reacției la corp străin. În uter crește concentrația de leucocite, prostaglandine și de enzime;
- faptul că afectează endometrul, în special, dispozitivele intrauterine medicate.

Avantaje:
- Eficiență înaltă (0,5-1 sarcini la o sută de femei, pe an);
- Sînt eficiente imediat după inserție;
- Este o metodă de lungă durată;
- Odată inserat, nu necesită manopere suplimentare;
- Nu întrerupe actul sexual;

- Nu influențează asupra lactației;
- Are efecte secundare reduse;
- Nu necesită vizite frecvente la medic, doar una singură pe an;
- Este ieftin;
- Poate preveni apariția de sinechii în urma operațiilor asupra endometrului (avantaj necontraceptiv).

Dezavantaje:

- Înainte de inserție, necesită un examen ginecologic obligatoriu;
- Testare obligatorie la ITS;
- Necesită vizită la medic și la personal medical calificat;
- Femeia nu poate de una singură întrerupe utilizarea metodei;
- Menstruații prelungite și abundente la majoritatea purtătoarelor de DIU;
- Sîngerări intermenstruale sau spotting, care, de obicei, dispar peste 8-10 săptămîni fără tratament;
- Scurgere vaginală; de obicei, purtătoarele de DIU au secreții abundente, mucoase, apoase;
- Procese inflamatorii pelviene, risc înalt de BIP printre femeile care au ITS frecvente, care au mai mulți parteneri sexuali sau imunitate scăzută;
- Expulzie spontană a dispozitivului intrauterin (se întîlnesc 2-12 cazuri la o sută de femei);
- Manoperă dureroasă;
- Risc de perforație uterină (se întîlnește 1 la 1000);
- Sarcină (2-3 cazuri la o sută de femei, pe an);
- Sarcină ectopică (de două ori mai des la purtătoarele DIU);
- Nu protejează de ITS, inclusiv de HIV/SIDA.

Interacțiunea cu patologia

- *Leziuni anatomice ale inimii* – este o contraindicație relativă (aproape absolută) din cauza riscului de endocardită bacteriană.
- *Proteze valvare cardiace* – folosirea DIU mărește riscul de endocardită și favorizează metroragiile ca urmare a administrării frecvente de anticoagulante.
- *Diabet zaharat* – la diabetice, infecțiile pelviene evoluează mult mai sever.
- *Miomul uterin* – nu este influențat de DIU dacă nu deformează cavitatea uterină și dacă nu sînt sîngerări.

- *ITS* - dispozitivul intrauterin nu sporește incidența ITS, dar inserția DIU este contraindicată la femeile bolnave de ITS.
- *Cancerul genital* – nu sînt studii care ar demonstra sporirea incidenței cancerului la purtătoarele de DIU.

Indicații pentru alegerea DIU

- Femeilor multipare, inclusiv celor care nu pot folosi o altă metodă;
- Femeilor care nu au o memorie bună, sînt distrate, precum și celor care au experiența unei sarcini nedorite;
- Femeilor care au renunțat la contracepția hormonală în favoarea DIU;
- DIU poate fi inserat aproape oricărei femei.

Stări ce limitează alegerea DIU

- Sarcina sau bănuieli de sarcină;
- Infecții puerperale care survin după naștere;
- Avortul septic;
- Sîngerări vaginale neexplicate, cancer de col uterin (pînă la tratament);
- Boală inflamatorie pelviană, descoperită în ultimele 3 luni;
- ITS în ultimele 3 luni;
- Boală trofoblastică malignă;
- Anomalii de dezvoltare a organelor interne;
- Tuberculoză genitală;
- Risc crescut de ITS (mai mulți parteneri sexuali sau partener care are relații sexuale cu mai multe persoane);
- HIV/SIDA, teste sero-pozitive sau risc sporit de contaminare;
- Boală inflamatorie pelviană în ultimele 3 luni;
- Stenoză cervicală;
- Anemie;
- Dismenoree.

Stări ce NU limitează alegerea DIU

- După naștere (primele 48 de ore sau peste 4 săptămîni);
- Cardiopatie ischemică;
- Afecțiuni ale sînului (cancer);
- Tumori hepatice;
- Hepatită virală activă.

Selecția și evaluarea pacienților. Consilierea pacienților în funcție de metoda aleasă

Evaluarea pacienților

Este obligatoriu să se efectueze:

1. examenul ginecologic (al colului în valve, examen bimanual, colectarea frotiului la grad de puritate);
2. screening anamnestic la ITS (stabilim riscul contaminării cu ITS);
3. testele de laborator pentru screening-ul de ITS care se fac persoanelor asimptomatice, cu risc crescut de ITS, celor care au avut ITS sau au semne de ITS.

Consilierea

Medicul de familie este cel care trebuie să consilieze pacienta înainte de inserția DIU. În această situație, ginecologului îi revine doar misiunea „tehnică“ de a insera DIU.

Medicul de familie va prezenta clientei toată informația necesară despre DIU și-i va solicita (sau efectua toate) testelele obligatorii. Vedeți mai jos recomandările pentru o consiliere reușită.

A. Consiliere generală

Salutați clienta;

Întrebați-o ce a determinat-o să vină la dvs.;

Prezentați-i o informație generală despre contracepție și despre planificarea familiei;

Spuneți-i ce-i puteți oferi, pe loc, în clinică;

Aflați cînd și dacă vrea să nască un copil;

Vedeți ce cunoștințe are despre contracepție, naștere, avort;

Aflați atitudinea ei față de anumite metode de contracepție și asigurați-vă că nu există motive (cum ar fi cele religioase) ce limitează alegerea metodelor de contracepție.

B. Consiliere în funcție de metoda aleasă

- Garantați confidențialitatea discuției;
- Obțineți datele din pașaport;
- Informați clienta despre tipurile de DIU existente în țară, precum și în clinica în care activați;
- Prezentați cîteva mostre de DIU și arătați cum se utilizează ele;
- Explicați mecanismul de acțiune și eficiența lor;
- Prezentați avantajele și dezavantajele metodei;
- Înștiințați-o despre reacțiile adverse, complicațiile posibile și motivul din care pot apărea;

- Explicați interacțiunea metodei cu patologia și discutați despre stările de sănătate ale pacientei care influențează alegerea metodei;
- Discutați detaliat despre necesitățile femeii și analizați temerile ei;
- Aflați de ce boli a suferit pînă la data consilierii;
- Femeia ce a ales DIU, trebuie examinată conform standardului prezentat mai sus, pentru a evita posibilele complicații;
- Convingeți-vă că clienta este bine informată despre reacțiile adverse și despre complicațiile posibile;
- Analizați rezultatele testelor obținute, pentru a vă asigura că nu sînt contraindicații;
- Faceți un test la sarcină în caz de necesitate (atunci cînd pînă la începerea menstruației sînt mai mult de 7 zile, iar pacienta dorește inserția imediată a DIU);
- Descrieți tehnica inserției.

Consultare după inserție

- Înregistrați informația în fișa de ambulatoriu a clientei;
- Discutați încă o dată despre posibilele complicații și despre acțiunile care trebuie întreprinse de pacientă;
- Informați clienta despre perioada de eficiență a DIU inserat;
- Stabiliți data următoarei vizite – la 6-8 săptămîni după inserție. După aceasta, repetați întîlnirile la 3 luni și la un an de la fixarea dispozitivului;
- Răspundeți la orice întrebare a clientei;
- Indicați un număr de telefon prin intermediul căruia ar putea primi informații în caz de necesitate.

Urmărirea pacientelor

Vizitele următoare au ca scop:

- amintirea simptomelor și a celor mai frecvente complicații;
- verificarea prezenței DIU;
- diagnosticul eventualelor complicații;
- să asigurăm pacienta că complicațiile DIU sînt rare;
- Efectuarea examenului ginecologic, pentru a verifica DIU și a diagnostica eventualele complicații;

La fiecare vizită repetată, întrebați pacienta despre durata și frecvența menstruațiilor, caracterul lor, dacă nu are dureri pelviene, febră, secreții vaginale;

Schimbarea DIU după expirarea termenului de utilizare. DIU inerte pot fi folosite pînă la menopauză (dacă femeia nu are complicații).

Diagnosticul și tratamentul efectelor secundare

- Menstruații abundente și de lungă durată – trebuie să prevenim femeia (pînă la inserarea DIU) că menstruațiile vor fi mai abundente, de durată mai lungă și că vor reveni aproape de normal după 3-4 luni de utilizare;
- Dacă sîngerarea continuă și peste 3-4 luni, este nevoie să prescrieți preparate cu vit. K, FeSO4 300mg x 2 ori pe zi;
- În cazul anemiei severe, optați pentru extragerea DIU și ajutați femeia să aleagă o metodă alternativă de contracepție;
- Dacă hemoragia durează mai mult de 8 zile, dați-i pacientei o îndreptare la un medic ginecolog care-i va face un examen pelvian pentru a exclude: a) sarcina ectopică; b) avortul spontan în evoluție; c) procesele inflamatorii ale organelor pelviene;
- Sîngerări de contact – consultația ginecologului, efecturaea colposcopiei (la necesitate), colectarea citologiei;
- Sîngerări sau spotting intermenstrual – sînt tratate cu preparate antiinflamatorii. Dacă acestea nu au efectul scontat, examinați colul pentru a exclude patologia lui, faceți ecografie pentru a exclude expulsia spontană incompletă;
- Amenoreea – test la sarcină, examen ecografic pentru a exclude sarcina ectopică;
- Dacă a fost descoperită sarcina uterină, iar pacienta dorește păstrarea sarcinii, solicitați consultația medicului ginecolog. DIU trebuie extras în primele 13 săptămîni de sarcină, cu condiția că firele DIU pot fi vizualizate;
- Amenoreea la femeile de peste 45 de ani poate fi o consecință a menopauzei;
- Durerile ce persistă după inserția DIU pot fi un indiciu al perforației de uter. Solicitați examinarea la un ginecolog, faceți examenul ecografic și spitalizați pacienta în caz de necesitate;
- Dismenoreea se aseamănă cu durerea spastică și trebuie tratată cu analgetice și antiinflamatorii nesteroide;
- Scurgerile vaginale pot fi cauza unei ITS, semn al unui proces inflamator, provocat de reacția antiinflamatorie a DIU. În acest caz se va preleva un frotiu vaginal și se vor efectua teste la infecții specifice și un examen pelvic. În caz de necesitate, va fi administrat un tratament etiopatogenic;

- Boală inflamatorie pelviană – examen abdominal și genital obligatoriu. Teste la infecții cu transmitere sexuală, la necesitate ecografie, hemogramă. Tratament antibacterial și antiinflamator, preferabil în condiții de staționar (în cazuri severe);
- Sarcină ectopică – trimiteți pacienta la ginecolog, faceți un examen ecografic, tratament chirurgical în condiții de staționar;
- Sarcină uterină în evoluție – sarcina poate fi păstrată. DIU va fi înlăturat dacă termenul sarcinii este mai mic de 13 săptămîni și dacă se vizualizează firele DIU.

Obstetricianul ginecolog va fi cel care va face consiliere la o metodă concretă.

INSTRUCȚIUNI PENTRU PACIENTE

- Calendarul menstruațiilor;
- Controlul, după menstrație, a firului de reper în vagin;
- Evitarea infecțiilor (evitarea contactelor sexuale ocazionale sau cu parteneri nesiguri).

7.5. Sterilizarea chirurgicală voluntară

Sterilizarea chirurgicală voluntară este o metodă chirurgicală de blocare a trompelor uterine la femei sau a ductului diferent la bărbați (vasectomia). Este o metodă permanentă de contracepție cu eficiență înaltă. Eșecul contraceptiv constituie 0,5 sarcini la 100 de femei într-un an și 0,1- 0,15 – la vasectomie.

Sterilizarea chirurgicală voluntară feminină

Mecanism de acțiune

Se realizează prin blocarea permeabilității trompei uterine prin intermediul ligaturării și a secționării, diatermocoagulării, aplicării de inele sau de pense ce împiedică accesul spermatozoizilor în partea ampulară a trompei și face imposibilă fertilizarea.

Avantaje

- Este o metodă de contracepție cu eficiență înaltă, care nu depinde de utilizator;
- Asigură contracepție imediată și de lungă durată;
- Este o metodă ieftină și, odată aplicată, protejează de sarcină tot restul perioadei reproductive;
- Nu are efecte adverse de durată;
- Este o procedură chirurgicală ușor de efectuat. Poate fi făcută în condiții de ambulator;

- Nu influențează cantitatea și calitatea laptelui matern;
- Previne cancerul de ovar.

Dezavantaje

- Este o metodă ireversibilă. Prin urmare, fertilitatea nu poate fi restabilită;
- Pot apărea complicații legate de operație sau de anestezie;
- Pacienta poate regreta peste ani că a recurs la sterilizare;
- Pentru unele persoane intervenția poate fi costisitoare;
- Nu protejează de infecții cu transmitere sexuală;
- Imediat după operație pacienta poate simți un disconfort fizic;
- Nu asigură contracepție deplină. Eșecul contraceptiv constituie 0,5 sarcini la 100 femei/12 luni;
- Solicită personal medical instruit pentru efectuarea sterilizării.

Efecte adverse

- În cazul sterilizării prin laparoscopie, pacienta poate simți disconfort din cauza gazelor rămase în abdomen;
- Disconfort post-operatoriu în regiunea rănii – dureri, infiltrația rănii.

Complicații

- Infecțioase – infecție în rană, peritonită;
- Hemoragii;
- Alergii, în special la medicamentele folosite pentru anestezie;
- Decesul pacientei (risc minim).

Cine poate folosi metoda dată?

- Femeile care au născut numărul dorit de copii și nu-și doresc alți copii;
- Femeile care suferă de boli grave și pentru care sarcina și nașterea prezintă pericol pentru sănătate sau viață;
- Femeile care nu vor sau nu pot folosi contracepția hormonală sau alte metode de contracepție;
- Familiile care pot transmite boli genetice copiilor lor.

Cine nu poate urma sterilizarea?

- Cuplurile care nu sînt sigure că nu-și mai doresc copii;
- Pacienta care trăiește intens din punct de vedere emoțional ideea sterilizării;
- Cuplurile tinere (legislația Republicii Moldova permite sterilizarea chirurgicală doar la familiile care au cel puțin doi copii și la femeile cu o vîrstă de cel puțin 35 de ani);

- Femeile care au infecții abdominale sau genitale acute;
- Femeile gravide;
- Femeile care s-au ales după naștere cu septicemie, traumatism, hemoragie post-partum, eclampsie (interzisă pînă la încheierea tratamentului);
- Anemii severe.

Mod de utilizare

În Republica Moldova, sterilizarea chirurgicală voluntară feminină se face prin minilaparotomie sau laparoscopie. În funcție de momentul aplicării, sterilizarea feminină se face după naștere, după avort sau de interval.

Metode de stopare a trompelor uterine

- Ligaturare și secționare;
- Aplicarea de inele confecționate din silicon pe trompele uterine;
- Aplicarea de clipsuri pe trompe;
- Diatermocoagularea trompelor.

Sterilizarea chirurgicală voluntară se face cu anestezie generală sau locală. După naștere, ea poate fi efectuată în primele 7 zile, preferabil în primele 48 ore. Dacă sterilizarea nu s-a făcut în primele 48 ore (7zile), ea poate fi amînată pînă la 6 săptămîni.

După avort, sterilizarea se va face în primele 7 zile în lipsa semnelor de infecție. Cea de interval va fi efectuată în primele 6-13 zile ale ciclului menstrual, pentru a exclude sarcina.

Instrucțiuni pentru pacientă

- Pînă a alege metoda strilizării, este necesar să discutați despre acest lucru cu familia și să fiți siguri că nu mai doriți alți copii;
- Înainte de a efectua procedura de sterilizare, veți semna un act de consimțămînt;
- Trebuie să știți că după sterilizarea chirurgicală nu veți mai putea naște copii;
- Puteți refuza operația de sterilizare chiar și în sala de operații, pînă la începutul intervenției;
- Dvs. alegeți felul în care va decurge operația de sterilizare chirurgicală – cu anestezie locală sau generală, prin metoda de minilaparotomie sau de laparoscopie;
- Este necesar să reveniți la medic dacă după externare veți avea febrilitate, slăbiciuni, paliditatea tegumentelor, dureri în abdomen.

Sterilizarea chirurgicală voluntară masculină reprezintă blocarea ductului deferent la bărbați pentru prevenirea sarcinii nedorite.

Avantaje

- Este o metodă permanentă, cu eficiență înaltă;
- Nu afectează funcția sexuală;
- Este o intervenție simplă, ușor de efectuat;
- Nu are efecte adverse și nici complicații grave;
- Cost redus;
- Nu întrerupe activitatea sexuală.

Dezavantaje

- Nu protejează de ITS;
- Nu asigură protecție imediată de sarcină. Pe parcursul următoarelor 3 luni sau a următoarelor 20 de ejaculări sperma va conține spermatozoizi;
- Este o metodă permanentă;
- După 2-3 luni este necesară efectuarea spermogramei. Ar putea fi nevoie de repetarea acestui examen;
- Pacientul simte disconfort imediat după operație.

Efecte adverse

- Disconfort local în zilele următoare, după operație (edem și durere locală);
- Alergie locală la anestezic.

Complicații

- Complicații cauzate de anestezia generală (atunci cînd se utilizează la insistența pacientului);
- Hematoame;
- Infecție locală;
- Granulom.

Cine poate folosi vasectomia?

- Bărbații care doresc o metodă eficientă și permanentă de contracepție;
- Bărbații a căror partenere au probleme de sănătate și pentru ele sarcina și nașterea prezintă pericol;
- Bărbații care nu-și mai doresc copii;
- Familiile care riscă să transmită copiilor bolile sale genetice.

Cine nu poate folosi vasectomia?

- Bărbații care nu sînt siguri că nu-și mai doresc copii;
- Bărbații care au infecții acute în regiunea scrotului;

- Bărbații cu o infecție generală acută (gripă);
- Bărbații care se află în stare de afect.

Instrucțiuni pentru pacient

- Dacă ați ales vasectomia, trebuie să fiți sigur că nu mai doriți să aveți nici un copil;
- Înainte de operație, veți fi rugat să semnați un act de consimțămînt sau un acord informat;
- Puteți renunța la operație în orice moment, pînă la începerea ei;
- Alegeți singur metoda de sterilizare (nesîngerîndă sau convențională);
- La fel, dvs. alegeți și metoda de analgezie;
- În primele zile după operație, puteți avea edem local și simți dureri care vor dispare, fără tratament, în cîteva zile;
- În primele două zile de la operație, trebuie să vă abțineți de la orice efort fizic și de la relații sexuale;
- Următoarele 3 luni sau următoarele 20 de ejaculări vor fi fertile. În această perioadă veți fi nevoit să folosiți o metodă suplimentară de contracepție;
- Pentru a fi sigur că ejaculația nu conține spermatozoizi, puteți face o spermogramă;
- Controlul medical de după sterilizare se va face la 4-6 săptămîni de la intervenție, dar puteți reveni oricînd dacă aveți întrebări sau probleme;
- Medicul specialist vă va face consilierea.

7.6. Metode naturale de contracepție. Metoda amenoree de lactație

Metodele naturale de contracepție se bazează pe stabilirea perioadei fertile și pe abstinență periodică. Ele presupun următoarele tehnici:

Metoda calendarului sau a ritmului (metoda Ogino-Knaus)

Pentru identificarea perioadei fertile, femeia poate face o serie de calcule după zilele calendarului. Numărul de zile din perioada fertilă depinde de durata ciclurilor menstruale anterioare.

Metoda temperaturii bazale

După ovulație, crește temperatura în stare de repaus și rămîne constantă pînă la următoarea menstruație.

Metoda mucusului cervical (metoda Billings)

Metoda este bazată pe evaluarea mucusului. Dacă femeia vede sau simte existența unor secreții cervicale, ea poate fi în perioada fertilă. Dar poate fi vorba și de o simplă senzație de umezeală vaginală.

Metoda simpto-termală:

Reprezintă o combinație a mai multor metode, în special a metodei mucusului cervical, a calendarului și a temperaturii bazale. Utilizarea mai multor tehnici poate oferi o probabilitate mai mare de identificare a fazei fertile a ciclului menstrual. Tot ea permite reducerea numărului de zile de abstinență sexuală.

Mecanismul de acțiune

Actul sexual se evită pe parcursul acelei faze a ciclului menstrual în care probabilitatea concepției este maximă.

Avantaje

- Metodele pot fi folosite atît pentru contracepție, cît și pentru concepție;
- Lipsește orice risc pentru sănătate, cauzat de utilizarea metodei;
- Lipsesc efecte adverse generalizate;
- Nu solicită cheltuieli suplimentare;
- Sînt eficiente* dacă sînt folosite cu regularitate și în mod corect;
- După însușirea lor, nu necesită ajutor din partea personalului medical;
- Voluntarii ce au fost instruiți în aplicarea acestor metode, pot învăța alte cupluri să folosească metoda naturală;
- Nu este necesară consilierea din partea personalului medical;
- Nu afectează fertilitatea;
- Metodele naturale sînt acceptate, în special, de persoanele care, din motive religioase, nu acceptă alte metode de contracepție;
- Nu afectează alăptatul și nici calitatea laptelui matern;
- Nu are efecte secundare hormonale;
- Bărbatul este implicat în planificarea familiei;
- Se aprofundează cunoștințele despre sistemul reproductiv;
- Favorizează relațiile de comunicare în cuplu.

** Eficiența folosirii unei singure metode de recunoaștere a perioadei fertile:*
Metoda mucusului cervical – 3 sarcini la 100 femei, în primul an de utilizare;
Metoda temperaturii bazale – 1 sarcină la 100 femei, în primul an de utilizare;
Metoda calendarului – 9 sarcini la 100 femei, în primul an de utilizare;
Folosirea regulată a mai multor metode de recunoaștere a perioadei fertile – metoda simțo-termală – 2 sarcini la 100 femei, în primul an de utilizare.

Dezavantaje

- Metodele naturale au o eficiență medie (9-20 de sarcini la 100 de femei, în primul an de utilizare);
- Reușita metodelor depinde de dorința cuplului de a urma instrucțiunile;
- Metodele eșuează atunci cînd soții nu sînt cooperanți;
- Necesită o pregătire temeinică pentru a le putea utiliza corect și, respectiv, cu eficiență mare;
- Necesită un lucrător medical (sau nemedical) bine pregătit pentru oferirea consultației;
- Necesită un termometru bazal pentru aplicarea unor metode;
- În cazul metodelor temperaturii bazale și a mucusului cervical sînt necesare două sau trei cicluri, pentru a însuși recunoașterea sigură a momentelor fertile; Metoda calendarului necesită mai puțin timp pentru însușire. Este bine cînd femeia identifică perioada fertilă, analizînd ultimele 6-12 cicluri;
- Necesită abstinență în timpul celor 8-16 zile din perioada fertilă a ciclului menstrual. Unele cupluri suportă cu greu această perioadă de înfrînare;
- Solicită notițe zilnice, pentru a putea urmări atent schimbările din organismul femeii;
- Pot deveni nesigure și greu de utilizat atunci cînd femeia are febră, infecții vaginale, alăptează sau are alte stări ce modifică temperatura corpului (mucusul cervical, durata ciclului menstrual);
- Identificarea perioadelor fertile poate fi dificilă în intervalul cuprins între o naștere și revenirea ciclurilor menstruale regulate;
- Metoda calendarului poate fi ineficientă la femeile cu cicluri menstruale neregulate;
- Pentru femeia care are mai mulți parteneri sexuali, folosirea acestei metode este dificilă;
- Nu protejează împotriva infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS) și HIV.

Efecte adverse

Utilizarea metodelor naturale de contracepție poate afecta negativ relațiile dintre parteneri. Cuplul acuză perioada lungă de abstinență. Ajutați partenerii să găsească alte tehnici de satisfacție

sexuală pe perioada abstinenței. Dacă metodele de alternativă a actului sexual nu le convin, ajutați-i să aleagă altă metodă contraceptivă.

Complicații

Utilizarea metodei nu este urmată de complicații.

Cine poate folosi metoda?

- Femeile de orice vîrstă reproductivă;
- Femeile cu orice număr de nașteri, inclusiv cele care nu au avut nici o naștere;
- Cuplurile ale căror convingeri filozofice și religioase nu permit utilizarea altor metode;
- Femeile care nu pot folosi alte metode;
- Cuplurile care acceptă o pauză de mai mult de o săpătmînă de relații sexuale în timpul fiecărui ciclu menstrual;
- Cuplurile care pot și doresc să supravegheze, să ia notițe și să interpreteze zilnic semnele fazei fertile.

Metodele naturale pot fi folosite și în cazuri de:

- hipertensiune arterială ușoară;
- tromboză profundă a venelor sau embolie pulmonară;
- varice;
- cefalee ușoară sau severă;
- menstruații dureroase;
- fibromatoză uterină;
- endometrioză;
- chisturi de ovar;
- anemie feriprivă;
- hepatită virală;
- malarie.

Metoda este eficientă și pentru femeile:

- obeze, foarte slabe, fumătoare.

P.S. Metoda poate fi utilizată și de cuplurile care vor să conceapă un copil.

Cine nu poate folosi metoda?

Contraindicații pentru utilizarea metodei nu există, dar ea poate fi pusă la îndoială atunci cînd este urmată de (vezi tabelul de mai jos):

Problema	Acțiunile	Confirmare
Cuplul dorește să utilizeze o metodă cu eficacitate înaltă.	Ajutați femeia să aleagă altă metodă de contracepție.	Metodele naturale necesită respectarea cu strictețe a instrucțiunilor de către ambii soți. În caz contrar, crește riscul eșecului.
Sarcina prezintă pericol pentru sănătatea și viața femeii.	Ajutați femeia să aleagă altă metodă de contracepție.	Dacă sarcina prezintă un risc major pentru sănătate, trebuie utilizată o metodă mai eficientă. Ori, cuplul trebuie să urmeze cu strictețe instrucțiunile.
Femeia are ciclu menstrual neregulat (în cazul metodei calendarului).	Consiliați pacienta privitor la dificultățile întîmpinate în determinarea fazei fertile atunci cînd ea se bazează pe metoda calendarului. Ajutați-o să aleagă altă metodă de contracepție.	Ciclul menstrual neregulat împiedică determinarea fazei fertile (metoda calendarului).
Cuplul nu dorește să se limiteze în activitatea sexuală. Partenerul nu vrea să participe la stabilirea zilelor sigure pentru sex.	Ajutați femeia să aleagă altă metodă de contracepție.	Este necesară o colaborare totală între parteneri. Altfel, riscul eșecului este foarte mare. Discutați posibilitatea folosirii în timpul perioadelor fertile a prezervativelor, a unor metode vaginale sau a contactelor sexuale fără penetrare în vagin.
Cuplul care are dificultăți în comunicare sau are alte probleme în familie.	Ajutați femeia să aleagă altă metodă de contracepție.	Este necesară o înțelegere bună și o cooperare totală între parteneri. În caz contrar, riscul eșecului este foarte mare.
Cuplul în care unul sau ambii parteneri întrețin relații sexuale cu alte persoane.	Recomandați utilizarea prezervativelor, necesare pentru protejarea de ITS și de HIV.	Femeile și bărbații care practică sex cu mai mulți parteneri sînt supuși unui risc înalt de contaminare cu ITS și HIV. Metodele naturale nu oferă protecție împotriva acestor viruși.

Problema	Acțiunile	Confirmare
Femeia care are eliminări vaginale continue.	Consiliați pacienta cu privire la dificultățile în determinarea fazei fertile, atunci cînd se ghidează de metoda mucusului cervical și cea simpto-termică. Atunci cînd femeia acceptă, ajutați-o să aleagă altă metodă de contracepție.	Stabilirea fazei fertile la pacienta cu eliminări vaginale permanente este dificilă. Recomandați-i să treacă la metoda temperaturii bazale.
Femeia care alăptează.	Consiliați pacienta cu privire la dificultatea de a determina faza fertilă prin metoda mucusului cervical. Dacă pacienta dorește, ajutați-o să aleagă altă metodă de contracepție.	De fapt, nivelul hormonilor sexuali la femeile care alăptează este foarte mic, de aceea cantitatea de mucus cervical eliminat este foarte mică. Unii susțin că mucusul cervical, la femeile care alăptează, arată ca și unul fertil. Deși nu este adevărat.
Femeia pe care o dezgustă senzația de atingere a propriilor organe genitale și de examinare a propriilor eliminări.	Consiliați pacienta și, în funcție de necesitate, ajutați-o să aleagă altă metodă de contracepție.	Pentru eficiența maximă a metodei mucusului cervical și a celei simpto-termale este necesar ca pacienta să-și examineze cu ușurință organele genitale (vaginul și labilele). În caz contrar, poate trece la metoda calendarului și la cea a temperaturii bazale. Altfel, se va reduce din eficiență.

Utilizarea metodei

Metoda temperaturii bazale

Temperatura bazală se va măsura pentru stabilirea începutului și sfîrșitului perioadei fertile.

Femeia trebuie să-și măsoare temperatura în același mod (calea orală, rectală sau vaginală), în *fiecare dimineață,* înainte de a coborî din pat. Ea trebuie să cunoască valorile termice și să le treacă într-un grafic special.

Temperatura bazală a femeii crește cu 0,2-0,5 grade Celsius din momentul ovulației (aproximativ cu 12-14 zile înainte de următoarea menstruație, la multe femei – aproximativ la jumătatea ciclului menstrual curent).

Cuplurile vor evita contactele sexuale sau vor utiliza o metodă de barieră din prima zi a menstruației pînă în ziua în care temperatura bazală a femeii crește peste valorile obișnuite și rămîne constantă trei zile consecutiv (față de 6 zile precedente – formula 6+3).

Existența acestor indicii arată că ovulația a avut loc și cuplurile pot începe contactele sexuale neprotejate (în următoarele 10-12 zile), pînă nu începe următorul ciclu menstrual.

Metoda mucusului cervical

Mucusul cervical ajută la identificarea începutului și sfîrșitului perioadei fertile.

Femeia va trebui să verifice în fiecare zi prezența secrețiilor cervicale. Ea poate avea o senzație de umezeală în zona valvară sau poate vedea secrețiile pe deget, lenjerie sau pe hîrtia igienică.

Momentul apariției secrețiilor indică începutul perioadei fertile și, prin urmare, cuplul va evita contactele sexuale în această perioadă sau va utiliza o metodă de barieră.

Ziua cînd elasticitatea mucusului devine maximală coincide cu ovulația. Timp de patru zile după aceasta, cuplul trebuie să evite orice contact sexual.

Peste cîteva zile, caracterul secrețiilor se va schimba. Ele vor deveni lipicioase, păstoase sau sfărîmicioase sau vor dispărea. De aici și pînă la apariția următorului ciclu menstrual, cuplul va putea avea relații sexuale neprotejate.

În primele 5-6 zile ale ciclului menstrual, este dificilă observarea mucusului, dar în această perioadă se păstrează un risc mic de sarcină. Totuși, se recomandă abținerea de la contactele sexuale.

Mucusul cervical poate fi confundat cu secrețiile vaginale sau cu sperma, de aceea, după încetarea sîngerării menstruale, cînd femeia timp de cîteva zile nu are secreții, contactele sexuale sînt limitate la a doua zi. Mucusul cervical poate fi influențat de spermicide, de infecții vaginale și de anumite medicamente.

Atunci cînd femeia este sigură de existența secrețiilor cervicale, contactele sexuale neprotejate trebuie evitate.

Metoda calendarului

Metoda calendarului se va folosi pentru stabilirea începutului și sfîrșitului perioadei fertile.

Înainte de a folosi această metodă, femeia va înregistra durata ciclului menstrual timp de 6 luni. Prima zi a ciclului menstrual se va înregistra totdeauna sub numărul 1 și ultima zi va fi cea dinaintea primei zile a menstruației următoare.

Din numărul de zile al celui mai scurt ciclu, femeia va scădea 18 zile, astfel stabilind ziua cînd începe perioada fertilă. Apoi, din numărul de zile al ciclului cel mai lung va scădea 11 și va obține ziua în care se sfîrșește perioada fertilă.

Cuplul va evita contactele sexuale sau va folosi o metodă de barieră pe tot parcursul perioadei fertile.

Metoda simpto-termală

Debutul perioadei fertile poate fi identificat, utilizînd metoda mucusului cervical sau/și metoda calendarului. Metoda calendarului este utilă pentru femeile care întîmpină dificultăți în recunoașterea primelor semne de mucus. Această metodă solicită cuplurilor contactul sexual zilnic pînă la instalarea perioadei fertile, care se calculează după metoda calendarului. Dacă mucusul apare înaintea startului perioadei fertile, încetați orice relații sexuale.

La estimarea sfîrșitului perioadei fertile poate fi utilizată metoda temperaturii bazale sau/și a mucusului cervical. Contactul sexual poate avea loc după 3 zile consecutive de temperatură față de nivelul celor 6 zile anterioare. Atunci cînd se utilizează metoda mucusului cervical, contactul sexual poate avea loc după 4 zile de la „vîrful“ mucusului. Cînd se utilizează ambele tehnici, contactul sexual poate avea loc atunci cînd ambele metode indică perioada sigură.

Instrucțiuni pentru femeie

Metoda temperaturii bazale

- Cu ajutorul unui termometru cu scala extinsă (de la 35 la 39 grade Celsius), măsurați temperatura corpului;
- Poate fi utilizat și un termometru obișnuit;
- Țineți termometrul la îndemînă, lîngă pat;
- Scuturați termometrul pentru a coborî mercurul sub 35 de grade Celsius, seara, înainte de culcare;
- Evitați atingerea vîrfului termometrului;
- Verificați dimineața nivelul mercurului;
- Dacă e nevoie să scuturați din nou termometrul, rugați partenerul să facă acest lucru. Astfel, vă veți menține temperatura corpului;
- Măsurați temperatura imediat după ce v-ați deșteptat, înainte de a coborî din pat sau de a face orice altă activitate;
- Dacă lucrați noaptea, măsurați temperatura la aceeași oră, după cel puțin după două-trei ore de odihnă;
- Temperatura poate fi măsurată oral, rectal sau vaginal, ultimele două avînd o siguranță mai mare;

- Pe durata ciclului menstrual se va utiliza întotdeauna aceeași cale de măsurare a temperaturii și același termometru;
- Țineți în rezervă un alt termometru, în caz că se sparge primul;
- Treceți datele în tabel, imediat după măsurare (luînd în considerație limita de jos);
- Spălați termometrul în apă rece și puneți-l la păstrare;
- Niciodată nu folosiți apă fierbinte la curățarea termometrului.

Contactul sexual poate avea loc din noaptea celei de a 3-a zi consecutive în care temperatura este deasupra valorilor înregistrate timp de 6 zile anterioare. Contactul sexual poate avea loc în siguranță pînă la începutul menstruației.

Factorii ce pot influența temperatura bazală sînt:

- măsurarea temperaturii la altă oră decît cea prestabilită;
- măsurarea temperaturii la cîteva ore după deșteptare;
- diferite maladii;
- somnul agitat;
- schimbări în mediul înconjurător;
- stresul;
- consumul de alcool.

Metoda mucusului cervical

- Atingeți suprafața zonei valvare, lenjeria sau desfaceți hîrtia igienică folosită și observați prezența secrețiilor cevicale.
- Atunci cînd secrețiile sînt fluide, alunecoase și se pot întinde – evitați contactele sexuale neprotejate sau folosiți o metodă de barieră pînă în a 4-a zi cînd asemenea mucus cervical dispare.
- Lipsa secrețiilor arată că femeia nu se află în perioada fertilă și poate avea relații sexuale neprotejate.

Factorii ce pot influența mucusul cervical sînt:

- Infecțiile vaginale sau cervicale;
- Secrețiile vaginale datorate stimulării sexuale;
- Medicamentele ce au capacitatea de „a usca“ mucusul;
- Stresul fizic sau emoțional;
- Alăptatul.

Metoda calendarului

Exemplu:

- Verificați cea mai scurtă și cea mai lungă durată a ciclului menstrual din ultimele 6 luni (de exemplu, 26 și 32 de zile).
- Din cel mai scurt ciclu scădeți 18. 26 – 18 = 8. Din ziua a 8-a a ciclului menstrual evitați contactele sexuale neprotejate.

- Din cel mai lung ciclu scădeți 11. 32 – 11 = 21. Contactele sexuale neprotejate pot avea loc după ziua a 21-a a ciclului.
- Între ziua a 8-a și a 21-a femeia se află în perioada fertilă și trebuie să evite contactele sexuale neprotejate.

Metoda simpto-termală

- Evitați contactele sexuale neprotejate din prima zi a apariției secrețiilor cervicale pînă în a 4-a zi după ziua "maximală" și a 3-a zi consecutivă cu temperatura bazală crescută.

Reveniți la lucrătorul medical dacă:

- *ați întîmpinat vreo dificultate în utilizarea metodei;*
- *s-a schimbat poziția femeii în modul în care poate influența semnele de fertilitate (sarcina, nașterea, alăptatul);*
- *cuplul întrerupe folosirea metodei;*
- *cuplul dorește altă metodă de contracepție.*

Consilierea în legătură cu metoda concretă:

Partenerilor care sînt dispuși să utilizeze metodele naturale trebuie să li se ofere consiliere corespunzătoare ce ar scoate în evidență posibilitățile de comunicare dintre cei doi parteneri, mai ales dacă bărbatul nu este prezent în timpul ședinței de consiliere. Se vor discuta următoarele aspecte:

- avantajele și dezavantajele metodei, prin comparație cu alte metode contraceptive;
- informarea despre diferite metode de identificare a perioadei fertile;
- necesitatea unei înregistrări zilnice a semnelor legate de fertilitate;
- nevoia adresării la medic atîta timp cît metoda nu este însușită bine sau de atîtea ori de cîte pacienta are neclarități în utilizarea corectă a metodei;
- rata mare de eșec, mai ales în perioada de acomodare, în cazul în care nu se folosește o metodă contraceptivă suplimentară;
- necesitatea de a respecta cu strictețe abstinența periodică pentru a putea asigura eficiența metodei;
- necesitatea folosirii metodelor de barieră în cazul contactelor sexuale în perioadele fertile;
- necesitatea revenirii la medic atunci cînd credeți că interpretați greșit semnele fertilității sau atunci cînd se reține sau lipsește menstruația.

În plus la cele menționate mai sus, la fiecare metodă în parte informați pacientele despre:

Metoda temperaturii bazale

Informați pacienții despre necesitatea unor perioade lungi de abstinență, avînd în vedere că activitatea sexuală este permisă doar în perioada postovulatorie.

Metoda mucusului cervical

Nevoia de a atinge organele genitale, pentru a putea evidenția modificările mucusului.

Unele femei pot se evalueze corect modificările mucusului și fără a-și atinge organele genitale. Această abilitate se formează în timp.

Necesitatea de a respecta abstinența pe parcursul primei luni de însușire a metodei, cînd ați putea confunda mucusul cervical cu lichidul seminal sau cu secrețiile vaginale ce însoțesc stimularea genitală.

Metoda calendarului

Pentru a putea calcula durata ciclurilor viitoare este necesară înregistrarea duratei ciclurilor din cel puțin ultimele 6 luni. În această perioadă pot fi utilizate alte metode contraceptive, exceptînd cele hormonale.

Metoda simpto-termală

Informați pacienții că atunci cînd învață o singură metodă este necesară o perioadă de acomodare mai lungă.

Consilierea în cazul apariției efectelor adverse sau în condiții deosebite:

Adolescența

În această perioadă sînt frecvente ciclurile anovulatorii, ceea ce poate face dificilă studierea și practicarea metodelor. Pacienților tineri li se poate părea imposibilă respectarea perioadei de abstinență.

Femei în pre-menopauză

Pe parcursul ultimilor ani de viață fertilă ovulația devine neregulată. Ciclurile anovualtorii sau cele neregulate pot crea confuzii în evaluarea semnelor și a simptomelor perioadei de fertilitate. Se presupune că aceste cupluri au mai practicat abstinența periodică și pot face față cu succes dificultăților, adaptîndu-se la perioadele lungi de abstinență.

Postpartum

Momentul revenirii ovulației depinde de durata și de frecvența alăptatului. La revenirea ovulației, semnele fertilității pot fi dificil de interpretat, ceea ce poate solicita prelungirea perioadei de abstinență.

NOTE

Coitul întrerupt

Este o metodă deosebit de simplă, fapt pentru care cuplurile o utilizează pînă în prezent. În momentul cînd bărbatul are senzația iminentei ejaculări, își retrage penisul din vagin, ejaculînd în afara lui. Metoda poate fi eficientă doar atunci cînd bărbatul poate identifica, fără greș, senzațiile precedente ejaculării. Potrivit studiilor fiziologice, înainte de ejaculare la bărbați se elimină o cantitate de lichid, pre-ejaculat, ce nu conține în mod obișnuit spermatozoizi și nu are potențial de fecundare. Dacă bărbatul a avut ejaculări recente, există un risc sporit de sarcină, deoarece în canal mai poate rămîne o cantitate de spermatozoizi.

Metoda amenoree de lactație (MAL)

Mecanismul de acțiune

Metoda amenoree de lactație se bazează pe sterilitate temporară (inhibarea ovulației), datorită faptului că alăptarea la sîn influențează eliberarea hormonilor stimulanți ai hipofizei și nu are loc maturizarea ovulului în ovar.

Avantaje

- Metoda are o eficacitate înaltă (1-2 sarcini la 100 de femei în primele 6 luni după naștere), atunci cînd este respectat cu strictețe modul de utilizare a ei;
- Previne sarcina în mod eficient cel puțin 6 luni, poate și mai mult, dacă sugarul solicită mult lapte de la mamă, atît ziua, cît și noaptea;
- Are eficacitate imediată și poate fi folosită imediat după naștere;
- Nu necesită nici o intervenție în timpul actului sexual;
- Nu solicită supraveghere medicală, nu este necesară aplicarea unor proceduri speciale pentru prevenirea sarcinii;
- Nu are efecte adverse sistemice;
- Nu necesită cheltuieli financiare, nici rezerve;
- Reduce hemoragia postpartum;
- Încurajează alimentația naturală a sugarului, care este cea mai bună sursă de substanțe nutritive;
- Reduce contactul cu microorganismele patogene care pot fi în apă, lapte și în alte amestecuri pentru copii, pe veselă, protejînd astfel nou-născutul de diaree – afecțiune potențial letală;
- Are loc imunizarea pasivă a copilului (transmiterea anticorpilor de la mamă), fapt important pentru protejarea nou-născutului de unele afecțiuni cum ar fi rujeola și pneumonia;
- Ajută la dezvoltarea unor relații de apropiere între mamă și sugar.

Dezavantaje
- Depinde de respectarea condițiilor de alăptare exclusiv sau aproape exclusiv la sîn;
- După 6 luni de la naștere eficiența este mai redusă;
- Eficacitatea înaltă se păstrează pînă la restabilirea ciclului menstrual;
- Metoda nu poate fi respectată de unele femei din motive obiective (alăptarea frecventă este dificilă, pentru că femeia și-a reluat serviciul, de exemplu);
- Nu asigură protecție împotriva infecțiilor cu transmitere sexuală și HIV;
- Dacă mama este HIV-pozitivă, există riscul (15%) transmiterii virusului prin lapte.

Efecte adverse
Metoda dată nu are efecte adverse.

Complicații
Utilizarea metodei nu cauzează complicații.

Cine poate folosi metoda?
Metoda are eficacitate înaltă atunci cînd sînt respectate următoarele trei condiții:
- Femeia alăptează exclusiv sau aproape exclusiv la sîn*;
- Nu s-a restabilit ciclul menstrual;
- Nu au trecut 6 luni după naștere.

Majoritatea femeilor pot utiliza MAL, după naștere.

MAL o pot folosi și femeile care îndeplinesc următoarele condiții:
- au afecțiuni benigne ale sînului;
- cancer de sîn;
- cefalee;
- hipertensiune arterială;
- varice;
- afecțiuni cardiace valvulare;
- diabet;
- anemie feriprivă;
- malarie;

* Alăptarea exclusiv la sîn sau aproape exclusiv la sîn înseamnă:
– cel puțin 85% din alimentația sugarului este asigurată de laptele matern;
– alăptarea în timpul zilei are loc la cererea copilului, dar nu mai rar decît la fiecare 4 ore;
– alăptarea în timpul nopții cel puțin o dată la 6 ore.

• drepanocitoză;
• afecțiuni biliare;
• afecțiuni tiroidiene;
• fibroame uterine;

Metoda este eficientă și sigură indiferent de faptul că femeile sînt:

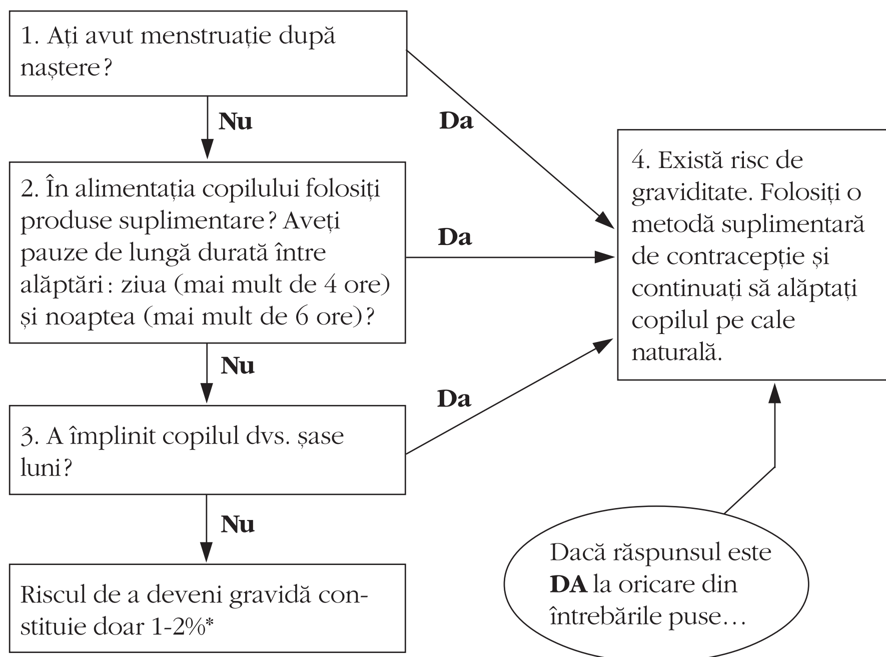
• fumătoare;
• tinere sau vîrstnice;
• obeze sau foarte slabe.

Cine nu poate folosi metoda?

• Femeile care nu alăptează la sîn sau alimentează copilul pe cale mixtă (lapte matern și alte adaosuri);
• Femeile ciclul menstrual al cărora s-a restabilit;
• Femeile ai căror copii au împlinit 6 luni.

Utilizarea metodei

Rugați-o pe clientă să răspundă la următoarele trei întrebări:



* Femeia poate folosi o metodă suplimentară de contracepție. Institute for Reproductive Health, 1994.

Metoda poate fi reușită atunci cînd femeia posedă deprinderi de alăptare naturală corectă.

1. Să alăpteze frecvent. În mod ideal, de 8-10 ori pe zi, dintre care, cel puțin o dată, în cursul nopții. Alăptarea în timpul zilei are loc la cererea copilului, timpul între două alăptări fiind nu mai mare de 4 ore ziua și de 6 ore noaptea.

2. Să alăpteze corect. Femeia trebuie consiliată referitor la tehnicile corecte de alăptare și la regimul alimentar din această perioadă de viață.

3. Să diversifice alimentația după ce sugarul a împlinit 6 luni. Diversificarea alimentației sugarului presupune reducerea alăptării și, prin urmare, diminuarea eficienței MAL. În aceste situații, e necesară folosirea altei metode de contracepție.

***4. Să treacă la altă metodă de contracepție atunci cînd*:**

- s-a restabilit ciclul menstrual (sîngerările din primele 56 de zile sau 8 săptămîni după naștere nu se consideră sîngerări menstruale);
- alăptarea la sîn este întreruptă definitiv sau aproape definitiv;
- sugarul împlinește 6 luni;
- nu dorește să utilizeze această metodă.

Instrucțiuni pentru pacientă

Femeia care dorește să utilizeze MAL trebuie să răspundă la următoarele trei întrebări:

1. I s-a restabilit ciclul menstrual?
2. În alimentația copilului au fost introduse suplimente sau este mare durata dintre două alăptări (ziua – mai mult de 4 ore și noaptea – mai mult de 6 ore)?
3. Copilul dvs. a împlinit 6 luni?

Dacă la toate aceste întrebări femeia a răspuns negativ ***Nu,*** atunci riscul de sarcină este de 1-2%. Puteți continua această metodă pînă cînd va fi schimbat răspunsul la una dintre întrebări. Pentru asigurarea unei eficiențe contraceptive înalte, dezvoltați deprinderi de alăptare naturală corectă.

Atunci cînd răspundeți ***Da*** la una dintre aceste întrebări, riscul de a rămîne însărcinată crește. Respectiv, pentru a vă proteja de o sarcină nedorită, trebuie:

- să folosiți o altă metodă eficientă de contracepție, ce nu dăunează alăptatului;
- să continuați alăptarea copilului și după diversificarea alimentației lui.

Femeia este liberă să utilizeze o metodă suplimentară de contracepție *în orice timp.*

Consilierea cu privire la metoda concretă

După naștere, femeile care doresc să utilizeze metoda *amenoree de lactație* trebuie consiliate. O consiliere reușită presupune abordarea următoarelor aspecte:

– necesitatea începerii alăptatului imediat după naștere;
– respectarea cu strictețe a frecvenței alăptării atît în timpul zilei, cît și în timpul nopții;
– alegerea altei metode contraceptive atunci cînd copilul a împlinit 6 luni, cînd s-a restabilit ciclul menstrual, cînd nu sînt respectate cel puțin una dintre condițiile utilizării MAL sau în cazuri deosebite (diversificarea alimentației copilului etc.);
– necesitatea revenirii la medic, atunci cînd apar dubii privitor la corectitudinea folosirii metodei sau atunci cînd lipsește menstruația.

Consilierea în cazul apariției efectelor adverse sau în condiții speciale

Condiții deosebite	**Căile de soluționare**
S-a restabilit ciclul menstrual.	Ajutați femeia să aleagă altă metodă de contracepție.*
Copilul nu suge frecvent (întreruperea între alăptări în timpul zilei este >4 ore, noaptea >6 ore).	Ajutați femeia să aleagă altă metodă de contracepție.**
Femeia înlocuiește laptele matern cu alte alimente sau lichide (diversificarea alimentației).	Ajutați femeia să aleagă altă metodă de contracepție.***
Copilul a împlinit 6 luni.	Ajutați femeia să aleagă altă metodă de contracepție.****

* Ciclul menstrual înseamnă restabilirea ovulației și a fertilității. Dacă nu veți folosi altă metodă de contracepție, va fi mare riscul sarcinii.

** Reducerea numărului de alăptări permite restabilirea funcției normale a ovarelor, adică a dezinhibării ovulației.

*** Reducerea numărului de alăptări permite restabilirea funcției normale a ovarelor (ovulația nu mai este inhibată). Prin suplimentarea alimentației sînt subînțelese hrana și lichidele care înlocuiesc laptele matern.

**** La împlinirea a șase luni de la naștere, în hrana copilului sînt introduse alimente noi. Respectiv, este redusă alimentația la sîn, fapt ce sporește riscul sarcinii. (V*ezi* mai sus: *Copilul nu suge frecvent*.)

7.7. Contracepția de urgență

Este numită și contracepție postcoitală, deci, este folosită după un raport sexual neprotejat. Este o opțiune pentru femeile sau cuplurile care au avut un raport sexual neprotejat, posibil fertil, sau pentru femeile care au fost victime ale unui abuz sexual.

Riscul sarcini după un singur raport sexual neprotejat este de aproximativ 6-7%, în funcție de ziua ciclului menstrual, de vîrstă etc. În ziua ovulației, riscul sarcinii nedorite este cel mai mare – 20%, însă el rămîne sporit și pe durata a 5-6 zile de pînă la ovulație. Utilizarea contracepției de urgență diminuează acest risc pînă la 3% (fig. 7.7.1.).

Eficiența metodei este cu atît mai mare cu cît este folosită mai urgent după raportul sexual neprotejat.

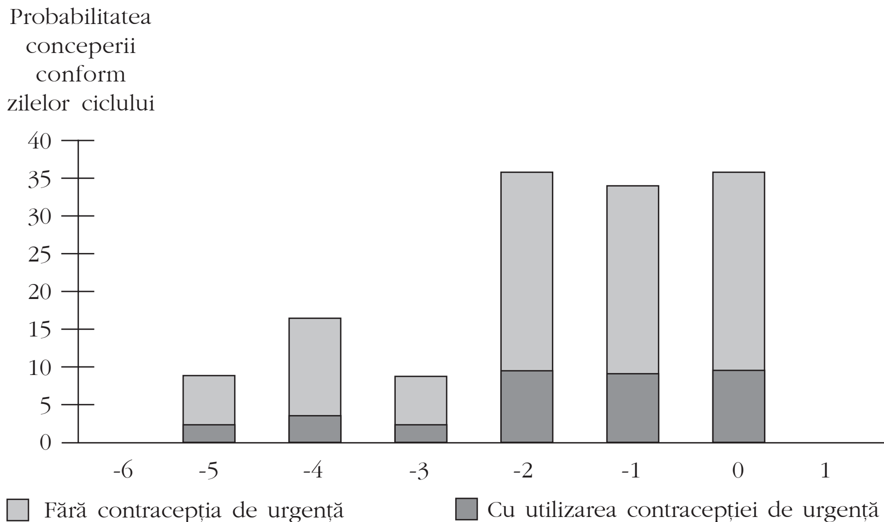


Fig. 7.7.1. Probabilitatea de concepție (ziua zero este ziua ovulației)

Clasificare

I. Metode hormonale:
- estrogeni în doză ridicată (utilizată rar);
- pastile orale combinate estrogen-progestagenice (metoda Yuzpe);
- pastile orale numai cu progestageni;

II. Dispozitive intrauterine;

III. Antigonadotropine – *Danazol*;

IV. Antiprogestatice – *Mifepristone*.

Avantaje
- Toate metodele sînt eficiente;
- Sînt ușor de folosit;
- Nu au contraindicații;
- Nu au efecte adverse de lungă durată.

Dezavantaje
- Sînt limite de timp – 48-72 ore pentru contracepția hormonală și 5 zile pentru dispozitivul intrauterin;
- Nu protejează de ITS;
- Nu oprește implantarea deja începută;
- Nu poate fi utilizată ca metodă de lungă durată;
- Pastilele estrogen-progestative au efecte adverse (greață și vomă).

Metodele contracepției de urgență folosite în Republica Moldova sînt: COC, POP, DIU.

Contracepția de urgență hormonală

Pastile orale combinate estrogen-progestagenice

Mecanism de acțiune
- Există o probabilitate de a inhiba ovulația;
- Împiedică fertilizarea;
- Provoacă o acțiune proliferativ-secretorie asupra endometrului, acesta din urmă devenind nefavorabil implantării;
- Influențează motilitatea trompelor uterine.

Avantaje
- Este o metodă eficientă de contracepție;
- Ușor de folosit;
- Administrare de hormoni de scurtă durată;
- Nu are contraindicații. Fiind un tratament de scurtă durată, nu afectează coagulabilitatea sîngelui și nu mărește TA. Se va administra cu precauție în cazul unui episod recent de tromboză sau a unei migrene cu manifestări neurologice.

Dezavantaje
- Limitare în timp – 72 ore;
- Greață și vomă (mai frecvent decît în cazul utilizării pastilei combinate ca metodă permanentă de contracepție);
- Pot fi alte efecte adverse: tensiune în sîni, cefalee, în 40% dintre cazuri menstruația survine mai devreme);
- Dereglări de ciclu menstrual pentru scurt timp.

Cine poate folosi pastilele combinate estrogen-progestative pentru contracepția de urgență?

- Cuplurile care au avut un raport sexual neprotejat și pentru ele există risc de sarcină;
- Persoanele supuse violenței sexuale;
- Femeile care au uitat să ia pastila combinată;
- Femeile care au uitat să ia minipilula;
- Femeile care au suportat expulzia DIU;
- Femeile care sînt în risc de sarcină după ruperea sau alunecarea prezervativului.

Mod de utilizare

Pentru contracepția de urgență pot fi folosite pastile combinate cu doze mici și cele cu doze medii (singurul caz de utilizare a celor ce conțin 50 mcg de etinilestradiol).

Regimul pentru pastilele cu doze mici (30-35mcg) de etinilestradiol

1. Se iau 4 pastile în primele 72 ore de la raportul sexual neprotejat, urmate de alte 4 pastile cu interval de 12 ore, în total 8 pastile.
2. În cadrul consilierii, ajutați clienta să-și aleagă o metodă permanentă de contracepție.
3. Dacă după 2-3 săptămîni menstruația lipsește, faceți testul de sarcină și, în cazul unui test pozitiv, consiliați gravida.

Regimul pentru pastilele cu doze medii (50mcg) de etinilestradiol

1. Se iau două pastile în primele 72 ore de la raportul sexual neprotejat, urmate de încă două pastile la interval de 12 ore, în total 4 pastile. În cadrul consilierii clienta este ajutată să-și aleagă o metodă de contracepție permanentă.
2. Dacă după 2-3 săptămîni menstruația lipsește, faceți testul de sarcină. Dacă testul este pozitiv, consiliați gravida și ajutatați-o să ia o decizie corectă.
3. În cazul utilizării pastilelor combinate pentru contracepția de urgență, datele care ar demonstra un risc sporit de efect teratogen sînt insuficiente. Prin urmare, în cazul eșecului contraceptiv, nu-i recomandați pacientei să-și facă avort. Trimiteți pacienta la cabinetul de planificare a familiei.

Instrucțiuni pentru paciente

- Luați prima doză de pastile cît mai urgent posibil după raportul sexual, dar nu mai tîrziu de 72 de ore;
- Luați cealaltă doză de pastile după 12 ore de la prima doză;
- Dacă ați vomitat în primele 2 ore de la administrarea pastilelor, repetați doza. Pentru a evita voma, luați pastilele după masă sau mîncați după ce le-ați administrat;
- Aceste două doze de pastile vă protejează numai de raportul sexual pe care l-ați avut;
- Pînă la următoarea menstruație trebuie să folosiți o metodă de contracepție permanentă (prezervative cu spermicide sau abstinența);
- Următoarea menstruație poate să întîrzie sau poate surveni mai devreme;
- Dacă menstruația întîrzie mai mult de o săptămînă, mergeți la medic pentru a confirma sau a exclude sarcina;
- Dacă testul de sarcină este pozitiv, decizia privind păstrarea sau întreruperea sarcinii vă aparține. Pastilele utilizate pentru contracepția de urgență nu sînt un motiv pentru întreruperea sarcinii, deoarece nu sînt suficiente date care ar confirma riscul crescut pentru copil.

Pastile orale numai cu progestageni

Pentru contracepția de urgență pot fi utilizate minipilule și pastile cu doze mari (*Postinor*).

Mecanism de acțiune

- Suprimă ovulația;
- Modifică endometrul;
- Previne fertilizarea.

Avantaje

- Este o metodă eficientă de contracepție;
- Are efecte adverse mai puțin pronunțate ca în cazul pastilelor combinate;
- Postinorul este disponibil într-o singură pastilă.

Dezavantaje

- Dereglează ciclul menstrual;
- Administrarea minipilulelor pentru a preveni sarcina pot fi stresante pentru unele femei, deoarece trebuie să ia 20 de pastile într-o doză.

Efecte adverse

- Pastilele orale cu progestageni provoacă frecvent dereglări de ciclu menstrual;
- Uneori (rar) apare greața și voma.

Mod de utilizare

Pentru contracepția de urgență pot fi utilizate minipilulele și pastile cu doze mari de hormoni – *levonorgestrel* sau *norgestrel*.

Regimul pentru minipilulă

Pacienta ia 20 de pastile ce conțin 75 mcg de *norgestrel* în primele 2 zile după raportul sexual neprotejat și alte 20 de pastile la un interval de 12 ore, în total 40 de pastile.

Regimul pentru *Postinor*

Pacienta ia o pastilă de *Postinor* în primele 2 zile (48 de ore) după raportul sexual neprotejat, urmată de altă pastilă, luată la un interval de 12 ore, în total 2 pastile.

Pacienta trebuie să-și aleagă o metodă de contracepție permanentă, dar pînă la următoarea menstruație poate folosi prezervativul cu spermicide. Pacienta care a folosit contracepția de urgență numai cu progestagen va fi informată despre probabilitatea întîrzierii sau a anticipării menstruației. Dacă menstruația întîrzie cu 3 săptămîni sau mai mult, pacienta trebuie să-și facă un test de sarcină. Dacă testul va fi pozitiv, pacientei i se va face o consiliere, după care ea va decide să păstreze sau să întrerupă sarcina. În prezent, nu sînt dovezi ce ar confirma efectele nocive asupra fătului ale progestagenilor folosiți pentru contracepția de urgență.

Instrucțiuni pentru pacientă

- Luați prima doză de pastile cît mai urgent posibil după raportul sexual neprotejat;
- Luați doza următoare la 12 ore de la prima doză;
- Aceste două doze vă protejază numai de ultimul raport sexual neprotejat. Pentru următoarele relații sexuale trebuie să utilizați o metodă permanentă de contracepție. Pînă la următoarea menstruație puteți folosi prezervativul cu spermicide sau să vă abțineți de la raportul sexual;
- Dacă menstruația nu începe în următoarele 3 săptămîni, reveniți la medic pentru a face un test de sarcină. Contracepția de urgență nu previne toate sarcinile nedorite;
- Dacă testul va fi pozitiv, decizia privind păstrarea sau întreruperea sarcinii vă aparține. În prezent, nu a fost demonstrat

efectul nociv asupra fătului în urma utilizării contracepției de urgență. Deci, folosirea contracepției de urgență numai cu progestageni nu necesită întreruperea sarcinii.

Dispozitivul intrauterin (DIU)

Dispozitivul intrauterin inserat în primele 5 zile după un raport sexual neprotejat asigură o protecție bună de o sarcină nedorită, eșecul contraceptiv fiind mai mic de 1%.

Mecanism de acțiune

Dispozitivul intrauterin cu cupru previne sarcina nedorită:

- acționează asupra spermatozoizilor și împiedică fertilizarea;
- acționează asupra endometrului și împiedică implantarea.

Avantaje

- Este o metodă cu o eficiență înaltă, eșecul contraceptiv fiind mai mic de 1%;
- Folosit în calitate de contracepție de urgență, asigură o contracepție de lungă durată, pînă la 10 ani;
- Cost mic;
- Poate fi utilizat în primele 5 zile după un raport sexual neprotejat;
- Dacă sarcina nu a fost prevenită, DIU nu prezintă risc pentru embrion. Dar dacă femeia decide să păstreze sarcina, DIU este necesar să fie extras, pentru a evita posibilele infecții.

Dezavantaje

- Inserarea DIU necesită vizită la un cabinet medical;
- Necesită personal bine instruit pentru inserarea DIU;
- Nu poate fi inserat femeilor cu infecții ale organelor genitale sau celor care au mai mulți parteneri sexuali, deoarece aceste persoane au risc sporit de ITS;
- Nu este o metodă recomandată femeilor ce nu au avut nici o naștere.

Mod de utilizare

DIU se inserează în primele 5 zile după un raport sexual neprotejat. Ca și în cazul contracepției de urgență hormonală, eficiența DIU este mai mare dacă este inserat cît mai urgent posibil după raportul sexual. Deoarece DIU nu previne toate sarcinile, este necesar ca pacienta să se prezinte la cabinet, dacă menstruația nu survine în următoarele 2-3 săptămîni. Dacă sarcina nu a fost prevenită, pacientei i se va face o consiliere și, la alegerea ei, steriletul va fi extras.

Instrucțiuni pentru pacientă

- Dacă doriți să preveniți o sarcină nedorită, dispozitivul intrauterin trebuie inserat în primele 5 zile de la raportul sexual neprotejat. Înserarea se face într-un cabinet specializat (cabinetul de planificare a familiei sau cabinetul medicului ginecolog);
- După inserare el, vă poate proteja de o sarcină nedorită în următorii 8-10 ani. Puteți, însă, solicita extragerea lui pînă la acest termen;
- Reveniți la medic dacă menstruația nu survine în următoarele 2-3 săptămîni, pentru a face testul de sarcină;
- Dacă sarcina nu a fost prevenită și veți decide să o păstrați, este bine ca DIU să fie extras, deoarece el sporește riscul de avort spontan;
- Reveniți la medic dacă aveți febră, eliminări sangvinolente abundente, dureri în abdomen, eliminări neobișnuite din vagin.

CAPITOLUL VIII

Consilierea și contracepția în grupuri speciale

Grupurile speciale sînt grupuri de clienți cu nevoi speciale:
- adolescenți;
- femei cu vîrsta după 35 ani;
- femei după avort;
- femei după naștere;
- femei cu probleme de sănătate;
- femeile/pacienții infectați cu HIV.

8.1. Consilierea și contracepția în adolescență

Este perioada de tranziție de la copilărie la maturitate în care adolescenții încep să țină sub control viața lor și să ia decizii privitoare la ei. Adolescența este perioada schimbărilor dinamice în care diferențele dintre fete și băieți devin mult mai evidente, în special cele referitoare la caracteristicele sexuale și la capacitățile reproductive. Pe durata adolescenței timpurii, medii și tardive tinerii au nevoi diferite. Spre exemplu, în perioada precoce ei vor să înțeleagă natura schimbărilor din organismul lor, dar și care sînt cerințele/așteptările față de ei. Probabil, consilierea (în grup sau individuală) va fi calea de a cunoaște și de a limpezi orice neliniște a lor. În perioada adolescenței medii, ei vor avea noi tipuri de relații cu adolescenții și cu adulții de ambele sexe. E important să fie conștienți de responsabilitatea pe care o poartă atunci cînd încep viața sexuală, să fie capabili să prevină o sarcină nedorită sau să evite ITS. În adolescența tardivă, ei își formează relațiile ulterioare și obțin deprinderi bune de părinte. Medicul de familie trebuie să răspundă nevoilor tinerilor. Pentru aceasta, în adolescența precoce el va aborda problemele de educație, de screening de natură preventivă și de promovare a sănătății. În adolescența medie – îi va îndruma să folosească produsele contraceptive. În adolescența tardivă – îi va pregăti pentru căsătorie și pentru rolul de părinte, ce include îngrijirile antenatale și ghidarea pentru creșterea copilului. Este important să răspundeți tuturor nevoilor adolescenților. În caz contrar, veți favoriza dezvoltarea (în adolescența precoce) anxietății, a diferitelor psihopatologii și creșterea anormală. Cele mai frecvente riscuri întîlnite în adolescență sînt: sarcina nedorită, avortul indus, infecțiile cu transmitere sexuală, HIV/SIDA. Dacă tinerii nu vor fi pregătiți pentru căsătorie și pentru nașterea copiilor, ei vor risca să aibă un mariaj nereușit, sarcini premature, copii bolnavi, dar și risc de mortalitate

pentru mamă sau pentru copil. În această situație, sînt necesare intervenții curative, preventive și de promovare a sănătății. Ele sînt făcute de specialiști din altă localitate, ceea ce necesită cheltuieli financiare suplimentare.

Consilierul va ține cont de cîteva particularități de consiliere a adolescenților și anume:

- adolescența este o perioadă de tranziție de la copilărie la maturitate în care adolescenții încep să dețină controlul asupra vieții și să fie responsabili de deciziile lor;
- rolul consilierului este de a ajuta adolescentul în luarea deciziilor;
- relația dintre consilier și client este foarte importantă în această perioadă de tranziție;
- consilierul trebuie să respecte clientul și să aibă deprinderile necesare pentru a-l asculta;
- consilierul trebuie să-l facă pe client să creadă că el deține controlul asupra vieții sale;
- comportamentul clientului este unul voluntar, deci el alege ce va face, dar să nu uite că va fi responsabil pentru acțiunile sale;
- adolescentul care nu va respecta recomandările medicului nu va fi catalogat de acesta drept „personaj rău";
- sentimentul de a te simți încredințat de sine are un efect mai mare asupra dezvoltării sănătoase și asupra schimbării comportamentului adolescentului decît pedeapsa;
- satisfacția interioară este mult mai durabilă decît cea exterioară;
- obiectivul consilierii adolescenților este de a-i ajuta pe aceștia să înțeleagă că controlul asupra comportamentului, cunoașterea și capacitatea de planificare pe termen lung sînt caracteristici ale maturității.

Unele schimbări fizice în adolscență

Fetele	**Băieții**
Menstruația	Îngroșarea vocii
Mărirea sînului	Mărirea organelor sexuale
Creșterea părului pubian	Producerea spermatozoizilor
Mărirea organelor sexuale	Creșterea părului pubian
Producerea de ovule	Creșterea părului facial
Creșterea în înălțime	Erecția penisului dimineața
Depunerea de grăsimi în regiunea bazinului	Creșterea în înălțime

Unele schimbări emoționale în adolescență

Anxietatea provocată de schimbările din organism	Senzațiile față de sine	Senzațiile față de alții	Anxietate în comportament
Sînt eu „normal“?	Apartenența de sex	Părinții de sex opus	Masturbarea
Ce se întîmplă cu mine?	Dorințe sexuale	Frații, surorile de sex opus	Comportament sexual cu persoane de același sex
De ce mi se întîmplă mie?	Autoaprecierea	Tinerii de sex opus	Comportament sexual cu persoane de sex opus
Cum mă aseamăn cu alți băieți sau fete?		Tinerii de același sex	

Unele schimbări sexuale în adolescență

- Cresc dorințele sexuale;
- Încep unele activități sexuale cum ar fi masturbarea, experiențele homosexuale sau heterosexuale;
- Atitudinea față de schimbarea comportamentului sexual;
- Atitudinea față de schimbarea comportamentului sexual al altor adolescenți;
- Variază atitudinile dintre:
  – băieți și fete;
  – bărbați și femei;
  – vîrstnici și tineri;
  – mediu urban și cel rural.

Această vîrstă are cîteva caracteristici de care trebuie să ținem cont la consiliere.

Caracteristica	Specific pentru adolescenți
Partener sexual	Nu au un partener stabil. Își schimbă frecvent partenerii.
Risc de infecții cu transmitere sexuală	Risc sporit.
Risc de sarcină nedorită	Risc sporit, deoarece de cele mai multe ori raporturile sexuale nu sînt planificate și nici protejate.

Caracteristica	Specific pentru adolescenți
Experiență de folosire a contracepției	Lipsește sau este minimă. Pentru unii adolescenți este jenant să se prezinte la un cabinet de planificare a familiei. Iar utilizarea unei metode de contracepție fără consilierea medicului poate fi greșită, ceea ce sporește riscul unei sarcini nedorite.
Cunoștințe	Vaste, dar deseori eronate, bazate pe mituri, în special, cele despre sexualitate și sarcină în adolescență. Adolescenții cred că partenera lor nu poate rămîne însărcinată dacă: nu are încă menstruație, dacă aleg o anumită poziție pentru sex sau dacă fac sex fără penetrare ș.a. Au puține informații despre infecțiile cu transmitere sexuală și despre protejarea de ele.
Experiența unei nașteri sau a unui avort	Lipsește sau este minimă, de aceea ei nu sînt precauți.
Adresare pentru ajutor (și în cazul unui raport sexual neprotejat sau al celui în care persoana a uitat să-și administreze pastila) la o instituție medicală	Poate fi o problemă pentru ei, deoarece le este frică de nerespectarea confidențialității. Unii adolescenți nici nu știu la cine se pot adresa după ajutor.
Fertilitate	Crescută, în special, în adolescența medie și cea tardivă.
Comportament, inclusiv cel sexual	Tentația necunoscutului, tendința spre confort și popularitate printre semeni îi face, deseori, să aibă un comportament imprevizibil, făcîndu-i vulnerabili față de o sarcină nedorită, ITS/HIV/SIDA.

În cadrul consilierii sau a întîlnirilor cu adolescenții, trebuie discutate toate aspectele din tabelul de mai sus.

Contracepția la adolescenți

Adolescenții doresc un contraceptiv eficient, ușor de folosit, confidențial, care să-i protejeze de ITS, să nu întrerupă actul sexual și să nu le afecteze fertilitatea. Deoarece prezervativul, fiind o metodă de contracepție cu eficiență medie, este singurul care protejează de ITS, el va fi recomandat ca o metodă suplimentară pe lîngă altă metodă de contracepție cu eficiență înaltă, dar care nu protejează de aceste infecții.

Pentru prevenirea sarcinii la adolescenți, pot fi folosite următoarele metode de contracepție:

- abstinența;
- COC sau injectabile combinate, dacă sînt accesibile;
- pastile orale numai cu progestageni;
- injectabile numai cu progestageni;
- implante cu progestageni;
- prezervativul masculin și feminin;
- DIU;
- contracepția de urgență;
- raportul sexual întrerupt;
- metodele naturale (metoda calendarului).

Metode	**Comentarii**
ABSTINENȚA	Este important să-i încurajați pe adolescenți să se abțină de la relațiile sexuale atît timp cît nu vor realiza riscul unei sarcini nedorite și importanța protejării de ITS. Dacă adolescenții nu acceptă această metodă, ea poate fi substituită cu cea a autostimulării sau a stimulării reciproce a organelor sexuale. Creierul tinerilor este obsedat de sexualitate, de aceea sfaturile de genul mai bine ați face sport sau v-ați juca la computer nu astîmpără dorința lor de a avea relații sexuale. Autostimularea sau stimularea reciprocă este o activitate sexuală cu un risc redus de sarcină și de ITS și poate fi propusă adolescenților.
CONTRACEPȚIA ORALĂ COMBINATĂ (Contracepția injectabilă)	Este metoda cea mai cunoscută printre adolescente datorită eficienței înalte și a modului ușor de utilizare. În foarte rare cazuri, adolescentele au contraindicații la folosirea COC. COC sînt disponibile în farmacii și în cabinetele de planificare a familiei. Prin urmare, sînt accesibile pentru tineri. În timpul consilierii la metoda concretă COC, este important să o atenționați pe adolescentă că neadministrarea unei singure pastile crește riscul sarcinii nedorite și că această metodă de contracepție nu protejează de infecțiile cu transmitere sexuală. Dacă tînăra folosește CIC, ea trebuie să revină pentru injecție la cabinet în ziua stabilită anterior.
PASTILE ORALE CU PROGESTAGENI	Pot fi utilizate de către tinere. Acestea, însă, trebuie atenționate asupra faptului că pastila trebuie luată la aceeași oră. Întîrzierea administrării pastilei cu mai mult de trei ore, crește riscul de sarcină nedorită. La fel, tinerele vor fi informate despre efectele acestor pastile asupra ciclului menstrual.

Metode	**Comentarii**
INJECTABILE CU PROGESTAGENI (*depo-provera*)	Este una dintre cele mai eficiente metode de contracepție, care asigură utilizatoarei confidențialitate și este ușor de folosit (o injecție la trei luni). Însă eliminările sangvinolente, accentuarea acneei și adaosul ponderal pot îngrijora adolescentele și necesită o consiliere minuțioasă. Sînt studii care demonstrează că utilizarea *depo-provera* în primii doi ani de la începutul menstruației, poate crește riscul de osteoporoză. *Depo-provera* nu protejează de ITS.
IMPLANTURI CU PROGESTAGEN	Deși ele nu sînt disponibile în republică, implanturile sînt o metodă potrivită pentru adolescentele care-și doresc contracepție de lungă durată. În cadrul consilierii, pacientele trebuie informate despre efectele adverse ale implantelor – eliminările sangvinolente neregulate, adaosul ponderal și accentuarea acneei, care pentru unele utilizatoare poate fi un motiv de renunțare la metodă.
PREZERVATIVUL	Este singura metodă de contracepție ce protejează de ITS. Este bine cunoscută printre adolescenți. Prezervativul trebuie să fie accesibil, deoarece adolescenții au raporturi sexuale neplanificate. Prezervativele asigură contracepție imediată, dar întrerup actul sexual, motiv pentru care unii tineri nu-l acceptă. În procesul de consiliere, poate fi discutată posibilitatea aplicării prezervativului ca parte componentă a preludiului raportului sexual. Este necesar un instructaj minuțios al utilizatorului începător.
CONTRACEPȚIA DE URGENȚĂ	Adolescenții trebuie să aibă acces la această metodă de contracepție, deoarece ei, deseori, au raporturi sexuale neplanificate. Toate metodele contracepției de urgență au eficiență înaltă și pot fi utilizate de adolescenți, cu excepția DIU (pentru cei ce au risc de infecție și nu au copii). Adolescenții trebuie să înțeleagă că contracepția de urgență nu este o metodă permanentă.
DISPOZITIVUL INTRAUTERIN	Este o metodă foarte eficientă, de lungă durată, cunoscută și utilizată în Republica Moldova. Deoarece utilizarea DIU sporește riscul de infecții ale organelor micului bazin, el va fi recomandat tinerelor în adolescența tardivă și care au deja cel puțin o naștere. DIU nu va fi recomandată persoanelor care au mai mulți parteneri sexuali.
RAPORTUL SEXUAL ÎNTRERUPT	Este o metodă de contracepție naturală cu eficiență medie, deseori utilizată de adolescenți ca fiind singura disponibilă. Tinerii vor fi informați în timpul consilierii privitor la eficiența contraceptivă medie a metodei și la riscul ITS, fiind instruiți referitor la tehnica metodei. Trebuie încurajată abstinența, dacă nu sînt disponibile alte metode eficiente de contracepție.

Metode	Comentarii
METODE NATURALE DE CONTRACEPȚIE (METODA CALENDARULUI)	Poate fi accesibilă tinerelor care au un ciclu menstrual regulat și care au fost instruite în acest sens. Este o metodă cu eficiență medie, dar nu protejează de ITS. Deoarece nici una din metodele de contracepție moderne nu asigură o eficiență de 100%, tinerii trebuie să aibă acces la serviciile de consiliere pre- și post-avort, la serviciile de întrerupere a sarcinii și să fie informați unde se pot adresa în caz de necesitate.

8.2. Consilierea și contracepția la femeile de după 35 ani

După 35 de ani, femeile fac parte dintr-un grup aparte privind contracepția, deoarece au nevoie de o metodă sigură, cu eficiență înaltă. Sarcina de după 35 de ani prezintă un risc sporit pentru sănătatea și viața femeii (complicații și mortalitate).

Utilizarea COC din primele generații, avînd un conținut mare de estrogeni (> 50 mcg de etiniestradiol), sînt riscante pentru femeile după 35 de ani, deoarece măresc frecvența complicațiilor severe (ictus miocardic, ictus cerebral, dereglări de coagulare).

Pentru ele, utilizarea COC în doze mici (30-35 mcg de etiniestradiol) și a CIC este mai sigură, ele pot fi folosite pînă la și după menopauză, dacă nu există alți factori de risc sau contraindicații.

Utilizarea COC și CIC timp îndelungat (5-10 ani) poate reduce riscul de cancer al endometrului și cel al ovarelor. Mai sînt și alte avantaje necontraceptive.

Femeile de după 35 de ani, care sînt fumătoare, trebuie convinse să renunțe la fumat, pentru a-și proteja sănătatea, indiferent dacă utilizează COC, CIC sau nu.

Consilierea femeilor de după 35 de ani se va face ținîndu-se cont de următoarele partcularități:

1. Femeile de după 35 ani au, de obicei, numărul dorit de copii.
2. Au experiență în folosirea metodei de contracepție.
3. De-a lungul anilor, fertilitatea se diminuează, dar se mai păstrează în perioada cît sînt prezente menstruațiile și în primul an de menopauză. Deci, în toți acești ani, femeile vor folosi o metodă de contracepție.
4. Unele femei la această vîrstă au probleme de sănătate ce influențează alegerea și utilizarea metodelor de contracepție (HTA, diabet zaharat, colecistite ș.a).

5. Au risc mai redus de ITS (de regulă, au un singur partener sexual).
6. Doresc o metodă de contracepție sigură și de lungă durată.
7. În perioada perimenopauză, cînd ciclul menstrual se modifică, utilizarea metodelor naturale de contracepție poate fi dificilă.
8. Lipsa cunoștințelor despre funcția reproductivă în această perioadă le face să se adreseze pentru ajutor cu întîrziere în cazul sarcinii (amenoreea legată de sarcină este interpretată de ele ca menopauză).

Particularitățile utilizării metodelor contraceptive la femeile de după 35 de ani

Metoda	**Comentarii**
Contraceptive orale combinate (COC) Contraceptive injectabile combinate (CIC) (vezi capitolul respectiv)	COC nu trebuiesc utilizate de femeile ce au mai mult de 35 de ani și sînt fumătoare (> 20 de țigări în zi, fac parte din clasa 4 după OMS; <20 – categoria 3 după OMS). Fumătoarele active de după 35 de ani trebuie să evite utilizarea CIC, cu excepția cazurilor cînd alte metode nu sînt accesibile sau permise (categoria 3 după OMS). COC cu doze mici pot servi drept sursă de estrogeni în perioada perimenopauzală.
Contraceptive numai cu progestagen (CNP): pilulele numai cu progestageni (PNP); contraceptive injectabile numai cu progestagen (INP); implantele subdermice (implantele norplant) (vezi capitolul respectiv)	CNC se pot utiliza în perioada perimenopauzală (la 40-50 de ani). CNC pot fi utilizate cu siguranță de către femeile de peste 35 de ani, chiar dacă sînt fumătoare active (categoria 1 după OMS). Implantele sînt, de asemnea, recomandate femeilor după 35 de ani, care doresc o contracepție de durată, îndeosebi, dacă au avut dificultăți în utilizarea altor metode sau nu doresc sterilizare feminină.
Dispozitivul intrauterin (vezi capitolul respectiv)	Poate fi utilizat cu siguranță de căre femeile trecute de 40 de ani, dacă nu au risc de ITS sau alte maladii inflamatorii genitale. Poate fi o metodă preferabilă pentru această vîrstă, fiindcă dispozitivele intrauterine moderne (cu cupru sau progestine) au eficiență înaltă, nu necesită monitorizare (dacă nu intervin probleme). Este o metodă de lungă durată (TCu 380A este eficientă timp de 10 ani).

Metoda	Comentarii
Prezervativul (vezi capitolul respectiv)	Este unica metodă care asigură protecție de ITS. Sînt utilizate eficient de către femeile care pot prevedea contactul sexual și care sînt foarte interesate de prevenirea sarcinii.
Diafragma. (vezi capitolul respectiv)	Este aplicată reușit de către femeile care pot din timp prevedea contactul sexual și sînt foarte interesate de prevenirea sarcinii. Asigură o anumită protecție de unele ITS.
Sterilizare voluntară (vezi capitolul respectiv)	Este convenabilă pentru pacientele/cuplurile sigure în hotărîrea de a folosi o metodă permanentă de contracepție.
Metoda amenoree de lactație (MAL) (vezi capitolul respectiv)	Poate fi folosită în primele 6 luni după nașterea copilului. Este preferabil să fie combinată cu o altă metodă, de barieră.
Metode naturale (vezi capitolul respectiv)	Femeia poate utiliza aceste metode, dacă le-a practicat anterior. Cere atenție deosebită în perioada perimenopauzală, cînd ciclul menstrual devine neregulat. Se recomandă să folosiți și o metodă de barieră.

Prin urmare, femeile de după 35 de ani pot continua utilizarea majorității metodelor contraceptive, inclusiv COC și CIC, fiind în același timp supravegheate de medicul de familie sau de obstetricianul ginecolog, pentru a descoperi în fază precoce apariția unor noi factori de risc în utilizarea metodei contraceptive alese.

8.3. Consilierea și contracepția pre- și postavort

Cadrul normativ al avortului în Moldova

Avortul efectuat pînă la termenul de 12 săptămîni, la solicitarea clientei, a fost legalizat în 1955 printr-un act normativ care, suportînd cîteva suplimentări și modificări neesențiale, a rămas în vigoare pînă în prezent. Pe parcurs, au mai fost adoptate și alte acte normative pentru a introduce vacuum-aspirația pentru avortul precoce; pentru a permite avortul indus pe parcursul primelor 28 de săptămîni de gestație în baza indicațiilor medicale, genetice, judiciare și

sociale; pentru a permite avorturile contra plată, realizate de către medicii din sectorul privat. În 1994, Parlamentul Republicii Moldova a modificat legislația anterioară, sovietică, permițînd întreruperea sarcinii pînă la termenul de 28 de săptămîni. Iar în 1995 au mai fost emise cîteva prevederi, cînd Moldova a aderat la anumite norme ale OMS privind nașterile cu făt viu, mortinatalitățile și limita legală pentru avortul tardiv redusă la 21 de săptămîni (din motive medicale, genetice, judiciare sau sociale). În prezent, avortul pînă la termenul de 28 de săptămîni este permis numai în cazuri de sifilis congenital sau malformații congenitale severe.

Potrivit Ordinului Ministerului Sănătății nr. 152 din 1994, avortul efectuat prin vacuum-aspirație sau dilatare și chiuretaj este permis doar pînă la 12 săptămîni, numai în instituții de stat, procedura fiind efectuată cu internarea pacientei (internarea și externarea avînd loc în aceeași zi, dacă nu au loc complicații) și numai de către obstetricieni-ginecologi. Nu există precizări pentru calcularea termenului de sarcină. Pentru internare este necesară o îndreptare în scris de la medicul obstetrician-ginecolog de la policlinică sau de la medicul de familie, avînd consemnate rezultatele examenelor obligatorii de laborator: fluorografia, testarea la sifilis, gonoree și alte infecții genitale depistate prin efectuarea frotiului din vagin. Toate infecțiile genitale trebuie tratate înaintea avortului. Maladiile acute ginecologice sau de orice localizare reprezintă contraindicații pentru efectuarea avortului. Testul la HIV este obligatoriu, dar o anumită perioadă el se efectua numai femeilor din grupurile de risc. Din anul 2004 testarea la HIV a devenit obligatorie pentru toate femeile care se adresează pentru avort. De regulă, înainte de testare femeia nu este consiliată, ea fiind doar întrebată dacă este de acord să fie investigată.

În general, întreruperea sarcinii (ÎS) este realizată la 5-10 zile după prima vizită, în cadrul căreia femeia solicită avortul; întîrzierile se înregistrează doar în cazul femeilor tratate de infecții genitale. Nu există vreun protocol al unei conduite speciale în asemenea situații.

Avortul se realizează prin chiuretaj, preferabil fiind cel realizat prin vacuum aspirare. Avorturile realizate prin vacuum-aspirare electrică erau permise numai pînă la termenul de 5-6 săptămîni de sarcină (mini-avorturi), pe baza confirmării obligatorii a sarcinii prin ultrasonografie. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 103 din 07.04.2004 recomandă utilizarea vacuum-aspirării manuale în primul trimestru și aprobă instrucțiunile clinice privind avortul prin vacuum-aspirare manuală.

Actualmente nu există date privind cea mai utilizată metodă de întrerupere a sarcinii în Moldova, în statistica Ministerului Sănătății fiind indicate separat doar „mini-avorturile", care reprezintă circa 30% din toate avorturile.

Adoptarea liberă a deciziilor în urma unei informări riguroase

Femeile care se pomenesc în situația de a soluționa problema unei sarcini nedorite deseori se pot simți vulnerabile, aflîndu-se între patru ochi cu lucrătorii medicali. Aceștia trebuie să manifeste față de femei o atitudine respectuoasă și înțelegătoare, să acorde atenție cuvenită doleanțelor lor, oferindu-le informația într-un mod în care femeile să o perceapă lesne și să memorizeze datele primite pentru a decide pro sau contra avortului, a face o alegere liberă în conformitate cu legislația în vigoare, fără presiuni din exterior, constrîngere sau discriminare.

Lucrătorii medicali mai trebuie să țină cont de unele situații în care femeia se decide să recurgă la avort contra voinței sale, din anumite cauze, cum ar fi starea sănătății fizice, infecția HIV etc. În aceste cazuri, lucrătorul medical este obligat să facă totul ce depinde de el pentru a crea condiții adecvate femeii în luarea unei decizii libere, pe baza unei informații corecte.

Confidențialitatea

Lucrătorii medicali sînt obligați să protejeze pacientele de o eventuală divulgare nepermisă a informației, să asigure condiții în care pacientele autorizate să transmită altor persoane o informație confidențială să facă acest lucru fără constrîngere, călăuzindu-se de explicațiile clare referitoare la temă.

Teama de nerespectarea principiilor confidențialității le împiedică pe multe femei (mai cu seamă, pe adolescente și pe femeile necăsătorite) să se adreseze în instituția medicală, stimulîndu-le astfel să apeleze la persoane dubioase și periculoase, care acordă servicii de avort ilegal sau autoprovoacă avortul. Dacă femeia nu-i oferă lucrătorului medical informații clare, pe baza cărora acesta să-i ceară un sfat soțului ei (eventual părinților sau altei persoane), o astfel de consultație se consideră încălcare serioasă a principiului confidențialității.

Femeile rămase însărcinate în urma unui viol au nevoie de o atitudine deosebit de atentă, de aceea urmează ca la toate nivelurile protecției sănătății să li se acorde asistența și susținerea respectivă.

Informație pentru populație

Programele complexe de educare sanitară trebuie să includă informația principală despre mecanismele de apariție a sarcinii, despre simptomele sarcinii precoce, despre problemele ce țin de contracepție și despre locul și modul în care se efectuează avorturi legale (a se vedea tabelul plasat imediat mai jos). În pofida faptului că multe țări au nevoie de timp pentru elaborarea unei politici complexe, totuși, toate țările pot face deja cel puțin anumiți pași în vederea asigurării unui acces mai larg la servicii profesionale, calitative, de efectuare a avorturilor sigure, în cadrul legii.

Cea mai importantă informație necesară educației sanitare a populației

- Femeile au *dreptul să ia o decizie liberă și responsabilă* privind oportunitatea nașterii unui copil, fără nici o constrîngere, discriminare sau violență.
- Cunoștințe elementare în domeniul *fiziologiei reproductive*, inclusiv informația despre mecanismele apariției sarcinii, semnele și simptomele ei.
- Modul în care *poate fi prevenită o sarcină nedorită,* locul și modul de obținere a accesului la metodele de contracepție.
- *Situațiile concrete* în care se admite efectuarea avortului.
- Importanța adresării *cît mai devreme* serviciilor care efectuează avorturi legale, imediat după luarea deciziei de întrerupere artificială a sarcinii.
- Locul și timpul în care femeia urmează a se adresa pentru efectuarea unui avort sigur, inclusiv informația despre costul procedurii în cauză.
- Modul în care trebuie *depistate complicațiile* cauzate de avort (mai ales, de avortul cu riscuri), locul și timpul în care femeia se poate adresa după ajutor. Importanța *adresării imediate pentru solicitarea asistenței medicale*.

Informația despre modul de efectuare a avortului

Femeii urmează să i se ofere informație referitor la următorul spectru de probleme:

- acțiunile întreprinse în timpul și după efectuarea avortului;
- incomoditățile (disconfortul) posibile (de exemplu, dureri ca în timpul menstruației și hemoragie);
- durata procedurii;
- mijloacele și metodele analgetice aplicate;
- riscurile și complicațiile care pot fi condiționate de aplicarea metodei respective;

- ziua în care femeia se va putea încadra din nou în viața cotidiană, inclusiv sexuală;
- supravegherea de după avort.

Dacă există posibilitatea alegerii unei sau altei metode de întrerupere a sarcinii, lucrătorii medicali trebuie să fie instruiți pentru a oferi femeii o informație exhaustivă, cu luarea în considerare a termenului concret al sarcinii, a stării ei de sănătate și a factorilor potențiali de risc.

Compararea metodelor de avort

Compararea metodelor de avort	Aspirarea vacuum manuală (AVM)	Dilatarea și chiuretajul (D+C)	Avortul terapeutic medicamentos
Ce prezintă metoda?	În timpul procedurii țesutul este înlăturat din uter cu un aspirator manual, adică neelectric.	Țesutul este distrus și eliminat cu chiureta prin raclaj după dilatarea colului uterin.	Medicamentele se administrează pentru expulzarea țesutului.
Cum acționează?	În uter se inserează o canulă subțire din plastic, prinsă de seringa manuală de aspirare, cu care, prin crearea vacuumului, se înlătură țesutul de sarcină prin aspirare fină.	Dilatarea este efectuată cu dilatatoare metalice pînă la dimensiunea de 12 mm. Țesutul este eliminat cu chiureta sau cu pensa, efectuîndu-se raclajul de control.	Medicamentele stopează dezvoltarea sarcinii, cauzînd dilatarea colului și contractilitatea uterului, iar produsul de concepție se expulzează.
Cît de eficientă e metoda?	Peste 99%	95-97%	95-97%
Cît durează?	Procedura AVM durează de la 3 la 10 minute și poate fi efectuată la o singură vizită. Puteți fi rugată să reveniți pentru un control.	Procedura D+C durează de la 7 la 20 minute. Se efectuează la o singură vizită. Poate fi necesar un control.	Avortul medicamentos poate dura de la 2-3 ore la cîteva zile. De obicei, sînt necesare cel puțin două vizite. Poate fi necesară aplicarea repetată a preparatului.
Ce se întîmplă dacă nu se întrerupe sarcina?	Procedura este repetată.	Procedura este repetată. Poate fi utilizată aspirarea vacuum manuală.	Poate fi folosită o doză suplimentară de misoprostol. Metoda poate fi înlocuită prin aspirare, ceea ce se discută în prealabil.

Ce simți în timpul procedurii?	Ți se va oferi să alegi metoda de analgezie: locală sau generală. E normal să simți dureri moderate la sfîrșitul procedurii, în cazul celei locale.	Senzațiile dolore, de regulă, în D+C sînt mai puternice, ele pot fi eliminate în cazul anesteziei generale, după care timp de cîteva ore se constată o stare de somnolență și vertigii.	Majoritatea femeilor au eliminări sangvinolente de tipul celor menstruale. La fel, pot apărea dureri în abdomen, grețuri, uneori vome.
Ce simți după procedură?	Timp de o săptămînă după AVM sînt normale durerile moderate și eliminările sangvinolente, similare celor menstruale sau mai puternice.	Timp de o săptămînă după D+C sînt normale durerile moderate și eliminările sangvinolente, similare celor menstruale sau mai puternice.	După ce avortul este complet, durerile și sîngerările pot dura cîteva săptămîni. Dacă timp de 2 ore sînt folosite 2 tampoane, e necesar a contacta medicul.
Avantaje	În termene mici nu necesită dilatarea colului, în termenele de 7-12 săptămîni dilatarea nu va fi proporțională cu termenul. Se evită raclajul, deci nu se traumatizează colul și interiorul uterului. Poate fi efectuat imediat după pozitivarea testului, la o vizită. Țesutul este extras integral și examinat pentru a confirma că avortul este complet sau a suspecta o sarcină extrauterină. Poate fi evitată anestezia generală și consecințele ei. Mai înainte de procedură pacientei i se oferă consiliere.	Avortul poate fi oferit la o vizită. Medicii sînt mai obișnuiți cu această metodă.	Se evită intervenția în uter, deci riscurile sînt minime. Mai înainte de procedură pacientei i se oferă consiliere.
Dezavantaje	Nu au fost constatate.	Dilatarea maximă a colului și raclajul cu instrument metalic ascuțit traumatizează colul și endometrul, astfel încît riscul complicațiilor este mai mare. Țesutul este distrus și nu poate fi examinat. Anestezia generală deseori dă reacții adverse și complicații.	Avortul uneori durează cîteva ore. Durerile abdominale, grețurile și vomele pot crea disconfort. Sînt necesare cîteva vizite la medic.

Care pot fi reacțiile adverse și complicațiile?	Complicațiile sînt extrem de rare: infecții pelvine, hemoragii, leziuni cervicale, evacuare incompletă, perforație uterină (mai puțin de 0,5%).	Complicații: infecții pelvine, sterilități, sarcini ectopice, leziuni cervicale, perforații ale uterului, hemoragii care, conform studiilor, se întîlnesc mai frecvent și constituie 3-13 %.	Efecte adverse: greață, vome, cefalee. Complicațiile majore sînt extrem de rare, dar pot include hemoragii excesive, infecții, avort incomplet.
De ce unele femei preferă această metodă?	Avortul prin AVM durează doar cîteva minute și, de regulă, poate fi oferit la o vizită, imediat după pozitivarea testului, chiar și fără confirmare ultrasonografică. Procedura este fără zgomot, de o eficiență înaltă, în majoritatea cazurilor necesită o anestezie minimă, locală.	Avortul prin D+C este mai bine cunoscut de doctori și paciente, unele femei l-au suportat deja și nu sînt informate despre existența altor metode moderne. Majoritatea doctorilor preferă în prealabil confirmarea ultrasonografică a sarcinii.	Avortul medicamentos, în opinia femeilor, este asemănător unui avort spontan natural, le permite să evite procedura chirurgicală, le oferă mai multă confidențialitate, poate fi efectuat acasă.

În cadrul consilierii femeilor care doresc să întrerupă o sarcină nedorită sau au suportat de curînd un avort, trebuie să țineți cont de nevoile lor:

- Aceste femei nu-și doresc o sarcină în viitorul apropiat, deci ele vor o metodă sigură de contracepție.
- Au fertilitate crescută, dar nu au folosit o metodă de contracepție eficientă sau este o sarcină provocată de un eșec contraceptiv. E necesar să discutăm despre metodele de contracepție și despre eficiența lor redusă atunci cînd nu sînt administrate corect. Nici o metodă de contracepție nu asigură o eficiență de 100%.
- Ovulația apare în ziua a 11-a de la avort. Prin urmare, riscați să rămîneți însărcinată înainte de a apărea următoarea menstruație. De aceea contracepția trebuie utilizată imediat după avort sau o dată cu reluarea activității sexuale.
- Persoanele care întrerup o sarcină sînt tinere, deseori necăsătorite, sînt la prima lor sarcină, au probleme sociale și economice. Asemenea femei nu întotdeauna au acces la serviciile de planificare familială și de contracepție.
- Dacă femeia a avut un avort spontan, este necesar ca în următoarele 6-12 luni să fie evitată o nouă sarcină, pentru ca organismul să se restabilească după sarcina pierdută, să poată fi descoperită cauza avortului și să-i fie administrat tratamentul necesar. În această perioadă, femeia va folosi o metodă de contracepție.

- Ați putea întîlni și cazuri în care, imediat după avortul spontan, femeile să dorească să devină gravide din nou. În această situație, este important să informați femeia despre riscul sporit al repetării unui avort spontan.
- De regulă, după avortul spontan este bine ca femeia să amîne pentru o anumită perioadă utilizarea unor metode de contracepție. Dacă există posibilitatea, oferiți-i prezervative sau pastile orale pentru contracepție de urgență.
- Femeia care întrerupe o sarcină, trebuie informată că poate beneficia de contracepția aleasă chiar în momentul efectuării procedurii de întrerupere a sarcinii.
- Sarcina întreruptă putea fi o urmare a unei agresiuni sexuale. Femeile supuse violenței, inclusiv agresiunii sexuale, suportă un risc sporit de o sarcină nedorită, dar și de infecții cu transmitere sexuală. Ele necesită o metodă de contracepție eficientă și discretă (injectabile, implanturi, DIU, ocluzie tubară). La fel, ele trebuie să beneficieze de pastile orale pentru contracepție de urgență.
- Femeia care întrerupe sarcina poate avea statut de refugiat sau de persoană strămutată. Prin urmare, ea nu are acces sau nu știe unde poate beneficia de servicii de planificare a familiei și de contracepție. Aceste lucruri trebuie discutate în cadrul consilierii pre- și post avort.
- Femeia care dorește să întrerupă o sarcină trebuie consiliată și ajutată să-și aleagă o metodă de contracepție înainte de întreruperea sarcinii, pentru ca s-o aplice imediat după avort.

Informația privitoare la serviciile de contracepție

Informarea femeii în probleme de contracepție constituie o parte componentă inseparabilă a pachetului de servicii pentru efectuarea avortului, deoarece în viitor aceasta îi va ajuta femeii să prevină o sarcină nedorită. Fiecare femeie trebuie să fie informată asupra faptului că restabilirea ovulației poate interveni chiar peste două săptămîni după avort și ea riscă să devină din nou gravidă dacă nu va utiliza o metodă eficientă de contracepție. Femeia trebuie să primească o informație precisă, care i-ar permite să aleagă cea mai acceptabilă metodă de contracepție în funcție de necesitățile sale. Dacă femeia se decide să facă avort, în opinia ei, din cauza unui insucces contraceptiv, lucrătorii medicali trebuie să discute cu ea greșelile comise în utilizarea metodei, cum poate fi folosită mai eficient metoda în cauză sau, posibil, schimbarea metodei de contracepție. Dar, totuși, decizia în alegerea unei sau altei metode de contracepție revine femeii.

Utilizarea metodelor de contracepție după avort

Metoda de contracepție	**Comentarii**
COC, CIC	Pot fi folosite imediat după avort. E bine ca prima pastilă să fie luată în ziua efectuării avortului, dar nu mai tîrziu de ziua a VII-a. Ziua avortului este prima zi a ciclu-lui menstrual de după chiuretaj. Pot fi folosite de femei-le cu anemie și infecții.
Contraceptive orale numai cu proges-tageni. Injectabile. Implanturi	Pot fi folosite imediat după avort. Atenționați femeile care au ales POP despre necesitatea de a administra pastilele la aceeași oră. Dacă femeia alege depo-provera, injecția poate fi introdusă înaintea externării de după avort.
DIU	Dacă este exclus riscul de infecție, DIU poate fi inserat în momentul întreruperii sarcinii. În cazul infecției, a anemiei sau a traumatismelor severe, inserarea se amînă pînă la dispariția lor. Între timp, femeii i se va oferi o metodă temporară de contracepție (prezervativ, spermicide, contracepție de urgență în cazul eșecului contraceptiv al lor).
Prezervativul masculin și cel feminin	Sînt utilizate o dată cu reluarea activității sexuale. Discutați cu clienta necesitatea folosirii prezervativului la fiecare ra-port sexual. Recomandați clienților contracepția de urgență în cazurile de rupere sau de alunecare a prezervativului.
Diafragma	După un avort la cerere sau spontan, în primul trimestru de sarcină poate fi utilizată diafragma folosită pînă la sarcină. Dacă avortul a survenit în trimestrul doi de sarcină, este necesar ca pacienta să se adreseze medi-cului din cabinetul de planificare a familiei. În acest caz, diafragma folosită pînă la sarcină poate fi mică. Dacă sînt prezente leziuni cervicale sau ale pereților vaginali, folosirea diafragmei va fi amînată pînă la epitelizarea lor.
Contracepția de urgență	Trebuie oferită femeilor care au întrerupt recent o sarcină. Eficiența metodei de contracepție (prezervativ, spermicide, pastile hormonale) depinde de utilizator. Amintiți-i femeii că această metodă nu poate fi utilizată ca metodă permanentă de contracepție.
Sterilizarea chirur-gicală voluntară feminină	Trebuie amînată pînă la trei luni de la tratamentul infecției. Dacă avortul a decurs fără complicații, ocluzia tubară poate fi efectuată în primele 13 zile după avort. Această metodă poate fi aplicată doar atunci cînd cuplul este sigur că nu-și mai dorește copii, dacă alegerea metodei și consilierea s-au făcut pînă la avort și dacă pacienta nu este în stare de afect.

Metoda de contracepție	**Comentarii**
Vasectomia	Poate fi aplicată indiferent de momentul efectuării avortului. Amintiți-le că după vasectomie, sterilitatea la bărbați survine abia peste 3 luni. În acest răstimp, oferiți-le o metodă temporară de contracepție și pastile pentru contracepția de urgență.
Metode naturale	Nu sînt recomandate pentru utilizare imediat după avort, deoarece eficiența lor depinde de utilizator.
Spermicide	Sînt o alegere bună după avort, dacă sînt folosite împreună cu alte metode de barieră și sînt respectate instrucțiunile de folosire corectă a lor.
Raportul sexual întrerupt	Nu este opțiunea cea mai bună pentru o femeie după avort, deoarece eșecul contraceptiv este mare chiar și în cazul folosirii corecte (variază între 4 și 18 sarcini la 100 femei în primul an de utilizare a metodei).

8.4. Consilierea și contracepția la femeile aflate după naștere

Ca și în cazul persoanelor ce întrerup o sarcină, la consilierea femeilor după naștere trebuie să se țină cont de următoarele circumstanțe:

- femeile care au născut, de obicei nu doresc o nouă sarcină în următorii 2-3 ani;
- majoritatea femeilor care au născut, alăptează copilul. Deci, contraceptivul folosit nu trebuie să se secrete o dată cu laptele matern, să nu afecteze cantitatea sau calitatea laptelui matern;
- la femeile care alăptează, este înregistrat un nivel crescut de prolactină, hormon necesar pentru producerea laptelui. Acest hormon stopează și ovulația, deci o protejează pe femeie de o nouă sarcină, de regulă nedorită. Cantitatea de prolactină depinde de frecvența și durata alăptării copilului. Alăptarea exclusivă (la cererea copilului), pe timp de zi și de noapte, în primele 6 luni după naștere protejează femeia de o nouă sarcină în această perioadă. După 6 luni de la naștere, scade frecvența alăptărilor, se reduce nivelul de prolactină, se restabilește ovulația și, în scurt timp, survine menstruația. Deoarece prima se restabilește ovulația, în cazul neutilizării metodelor de contracepție, sarcina ar putea anticipa menstruația.

- dacă femiea nu alăptează sau alăptează ocazional, ea nu va fi protejată de o nouă sarcină, fără a utiliza anticoncepționale. În acest caz, ovulația poate surveni la a 45-ea zi după naștere de aceea este mare riscul unei sarcini nedorite;
- începutul utilizării unei metode de contracepție nu poate servi drept motiv pentru stoparea alăptării. În această perioadă, pot fi folosite metode ce nu au impact negativ asupra alimentației naturale;
- o parte dintre femeile ce au născut (în medie, 14%), pe parcursul primului an pot avea depresia post-partum, care poate avea impact negativ asupra utilizării metodelor de contracepție. Suportul acordat de soț sau de alt membru al familiei poate fi de mare ajutor pentru ea.

Metode de contracepție pentru femeile care alăptează

Metoda	Comentarii
Metoda amenoreei de lactație (MAL)	Alăptarea inițiată în sala de naștere protejează mama de o nouă sarcină dacă sînt respectate cele trei condiții: 1. alăptare exclusivă la sîn, ziua și noaptea; nou-născutul nu primește alte alimente sau lichide decît sînul mamei; 2. copilul nu are mai mult de 6 luni. După 6 luni, copiii sînt alimentați suplimentar și frecvența alăptărilor se reduce; 3. menstruațiile nu s-au restabilit după naștere. Menstruația este un semn al restabilirii ovulației după naștere. Dacă ciclul menstrual apare în primele 6 luni de alăptare, mama trebuie să înceapă o altă metodă de contracepție.
Prezervativul masculin sau feminin	Este o bună alegere pentru aceste femei, deoarece el asigură protecție și de infecții. Metoda este folosită o dată cu reluarea activității sexuale după naștere.
Spermicidele	Este o alegere bună pentru femeile care au născut, deoarece, pe lîngă protecția de o sarcină nedorită, ele servesc și ca lubrifiant. La femeile care alăptează, pereții vaginului sînt „uscați“ și activitatea sexuală provoacă disconfort. Utilizarea spermicidelor diminuează acest disconfort.

Metoda	**Comentarii**
Dispozitivul intrauterin DIU	Poate fi inserat la alegerea femeii în primele 48 de ore după naștere, dacă nu sînt contraindicații și dacă există personal instruit pentru inserarea post-partum al DIU. Dacă DIU nu a fost inserat în primele 48 de ore, el poate fi inserat după 6 săptămîni de la naștere, deoarece după 48 de ore cavitatea uterului este colonizată cu bacterii care pot provoca infecții.
Sterilizarea chirurgicală voluntară	Stoparea trompelor uterine în primele 48 ore după naștere asigură un risc minim de infecție și este o intervenție necostisitoare și eficiență. Femeia nu trebuie să revină la o instituție medicală pentru stoparea trompelor. Ea va alege metoda chiar în cadrul consilierii antenatale. Consilierea pentru sterilizarea chirurgicală nu se va face în nici un caz în travaliu, cînd femeia are dureri.
Vasectomia	Poate fi efectuată în orice interval după naștere, după consiliere și după semnarea consimțămîntului informat.
Contracepția numai cu progestative – pastile, injectabile, implanturi	Aceste contraceptive nu influențează nici calitatea, nici cantitatea laptelui matern. Deoarece femeia care alăptează este protejată de sarcină în primele 6 săptămîni, contraceptivele cu progestageni puri vor fi administrate după 6 săptămîni de la naștere. Utilizarea pastilelor cu progestageni (minipilula) poate fi dificilă în cazul depresiei post-partum.
Metode naturale	Pot fi folosite după naștere, o dată cu restabilirea menstruațiilor. Femeile ce doresc să utilizeze metoda pentru prima dată au nevoie de consiliere și de instruire.
Contracepția orală combinată (COC) și injectabilă combinată (CIC)	Deoarece COC diminuează cantitatea de lapte, această metodă nu este opțiunea cea mai bună pentru femeile care alăptează. Ea nu le va fi recomandată atîta timp cît alăptează copilul exclusiv la sîn, adică în primele 6 luni după naștere. Dacă femeia alege această metodă după 6 luni, ea va fi informată despre necesitatea alimentării suficiente a copilului cu alte alimente, deoarece estrogenii din COC vor diminua cantitatea de lapte.

Metode de contracepție pentru femeile care nu alăptează

Metoda de contracepție	**Comentarii**
Metoda amenoreei de lactație	Dacă mama alăptează copilul, dar alimentația nu este exclusivă, ea nu este protejată de sarcină și nu va folosi această metodă de contracepție.
Prezervativul	Este o opțiune contraceptivă bună pentru aceste femei, deoarece prezervativul o va proteja de sarcina nedorită și de infecții. El va fi inițiat o dată cu reluarea activității sexuale și va fi folosit la fiecare raport sexual.
Spermicidele	Folosite împreună cu prezervativul, vor asigura o contracepție bună pentru cuplu. Metoda va fi inițiată o dată cu reluarea activității sexuale.
DIU	Ca și în cazul femeilor care alăptează, poate fi inserat în primele 48 ore sau după 6 săptămîni de la naștere.
Stoparea trompelor uterine	Se va face după naștere, femeilor care nu alăptează, în primele 48 ore sau după 6 săptămîni, pentru a evita complicațiile inflamatorii.
Vasectomia	Va fi efectuată în orice timp, după naștere. În primele 3 luni după vasectomie, cuplul va folosi o metodă permanentă de contracepție.
Contraceptive numai cu progestageni – minipilula, injectabile (*Depo-Provera*), implanturi	Pot fi inițiate imediat după naștere, adică din momentul reînceperii activității sexuale.
Metode naturale de contracepție	Vor putea fi folosite numai după restabilirea ciclului menstrual.
COC și CIC	Estrogenul din contracepția combinată crește coagulabilitatea sîngelui, care este deja mărită la femeile ce au născut. De aceea COC și CIC vor fi folosite de femeile care nu alăptează, nu mai devreme de 3 săptămîni de la naștere, cînd coagulabilitatea sîngelui revine la normal.

8.5. Consilierea și contracepția la pacienții cu ITS, HIV/ SIDA

Pentru calitatea serviciilor de sănătate reproductivă este necesară elaborarea și respectarea unor norme internaționale de furnizare a contracepției, însă în fiecare caz aparte trebuie luat în considerare și contextul social, cultural și comportamental al fiecărui pacient. În această privință merită o atenție specială mai ales problemele referitoare la riscul expunerii la ITS, inclusiv HIV. Cînd există un risc înalt de transmitere a ITS/HIV, furnizorii de servicii de sănătate trebuie să recomande ferm tuturor persoanelor să-și asigure o protecție dublă, prin utilizarea simultană a prezervativelor și a altor metode sau prin utilizarea corectă și consecventă numai a prezervativelor pentru prevenirea atît a sarcinii, cît și a infecției. Femeilor și bărbaților care solicită sfaturi pentru contracepție trebuie să li se amintească importanța utilizării prezervativelor pentru prevenirea transmiterii ITS/HIV, iar folosirea prezervativului trebuie încurajată și facilitată doar unde este cazul. S-a demonstrat că prezervativele masculine din latex sînt foarte eficiente împotriva ITS/HIV atunci cînd sînt utilizate corect și consecvent.

Contracepția la persoanele cu ITS/ HIV

Metoda de contracepție	**Comentarii și dovezi**
COC	Dovezile arată că utilizatoarele de COC supuse unui risc înalt de contaminare cu ITS sînt supuse și unui risc înalt de cervicită cu chlamidie. Pentru alte ITS, fie că nu există o asociere între utilizarea DMPA și infectarea cu ITS, fie că dovezile sînt insuficiente pentru a trage concluzii. Există dovezi limitate că nu este o asociere între utilizarea COC și transmiterea virusului HIV de la femeie la bărbat. Pot exista interacțiuni medicamentoase între contraceptivele hormonale și medicamentele folosite pentru tratament antiretroviral.

Metoda de contracepție	**Comentarii și dovezi**
Contraceptive numai cu progestativ (CNP)	Dovezile arată că utilizatoarele de COC supuse unui risc înalt de contaminare cu ITS sînt supuse și unui risc înalt de cervicită cu chlamidia. Pentru alte ITS, fie că nu există o asociere între utilizarea COC și contaminarea cu ITS, fie că dovezile sînt insuficiente pentru a trage concluzii. Pentru alte CNP nu există dovezi. Dovezile privind eventualitatea creșterii riscului de contaminare cu HIV la care sînt supuse utilizatoarele de CNP, comparativ cu neutilizatoarele, sînt neconcludente.
DIU-Cu (ITS) DIU-Cu la persoane cu HIV	Nu există dovezi că inserția DIU la femeile cu ITS sporește riscul de BIP comparativ cu cele fără inserție de DIU. Tratați ITS cu antibiotice adecvate. De obicei, nu este necesară îndepărtarea DIU, dacă pacienta dorește să continuie utilizarea lui.
Metode de barieră	Utilizarea repetată și în doze mari a spermicidului nonoxinol-9 a fost asociată cu un risc crescut de apariție a leziunilor genitale, care pot spori riscul de a contracta infecția HIV.
Metode naturale	Deoarece leucoreea face dificilă recunoașterea caracterului mucusului cervical, ea trebuie tratată înainte de a recomanda metodele bazate pe mucusul cervical.
MAL	Alăptatul trebuie promovat, protejat și sprijinit la toate categoriile de populație, la toate femeile HIV- negative sau cu statut de HIV necunoscut. Atunci cînd alimentarea artificială este acceptabilă, sigură, realizabilă, accesibilă și de durată, se recomandă ca mamele infectate cu HIV să evite cu totul alăptarea.
Sterilizarea chirurgicală voluntară	În cazul ITS – se amînă pînă la dispariția simptomelor, după tratament. Infecția HIV – nu este necesar un *screening* de rutină. Pe parcursul intervenției trebuie respectate procedurile de prevenire a infecțiilor, inclusiv precauțiile universale. După sterilizare este recomandată utilizarea prezervativelor. În cazul SIDA sau unei boli asociate SIDA, procedura poate necesita amînare.

CAPITOLUL IX

Contracepția la pacientele cu probleme de sănătate

(Criteriile de eligibilitate medicală formulate de OMS pentru începerea folosirii metodelor contraceptive)

Condiția	C O C	P O P	Depo -Provera	Implante	Sterilitate feminină	Vasectomia	Prezervativ	DIU	Spermic	Bariere	Naturale	MAL
Sarcina	4	4	4	4	amînare	–	1	4	1	1	–	–
Vîrsta												
Mai puțin de 16 ani	**1**	**2**	**2**	**2**	**efectuare**	**-a**	**1**	**2**	**1**	**1**	**1 b, c**	1
16-19 ani	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**-a**	**1**	**2**	**1**	**1**	**1**	1
20-39 ani	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**-a**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Peste 40 ani	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**-a**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1 b, c**	1
Fumat												
Mai puțin de 35 ani	**2**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**-a**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Mai mult de 35 ani												
Mai puțin de 20 țigări/zi	**3**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**-a**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Peste 20 țigări/zi	**4**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**-a**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Hipertensiune arterială												
140/90 – 159/99 mm Hg	**2/3d**	**1**	**2**	**1**	precauție	**–**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
160/100 – 179/109 mm	**3/4e**	**1**	**2**	**2**	precauție	**–**	**1f**	**1**	**1f**	**1f**	**1f**	1
Mai mare de 180/100 g	**4**	**2**	**3**	**2**	**trimitere**	**–**	**1f**	**1**	**1f**	**1f**	**1f**	1h
Hipertensiune în antecedente, iar TA nu poate fi măsurată	**3**	**2**	**2**	**2**	precauție	**–**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Diabet												
Antecedente de hiperglicemie în sarcină	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**–**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Diabet cu complicații vasculare												
Fără tratament	**2**	**2**	**2**	**2**	precauție	**prec**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Tratament cu insulină	**2**	**2**	**2**	**2**	precauție	**prec**	**1f**	**1**	**1f**	**1f**	**1f**	1
Diabet cu complicații vasculare sau cu durată mai mare de 20 ani	**3/4j**	**2**	**3**	**2**	**trimitere**	**prec**	**1f**	**1**	**1f**	**1f**	**1f**	1h
Tulburări tromboembolice												
Curente	**4**	**1**	**1**	**1**	**amînare**	**–**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1h,k
Antecedente	**4**	**1**	**1**	**1**	precauție	**–**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1

Condiția	C O C	P O P	Depo -Provera	Implante	Sterilitate feminina	Vasectomia	Prezervativ	DIU	Spermic	Bariere	Naturale	MAL
Afecțiune cardiacă ischemică												
În prezent	4	2	3	2	**amînare**	–	**1f**	1	**1f**	**1f**	**1f**	1
Antecedente	4	2	3	2	precauție	–	**1f**	1	**1f**	**1f**	**1f**	1
Afecțiune cardiacă valvulară												
Fără complicații	2	1	1	1	**precauție**	–	1	1	1	1	1	1
Cu complicații	4	1	1	1	**trimitere**	–	**1f**	2	**1f**	**1f**	**1f**	1hk
Vene varicoase	1	1	1	1	**efectuare**	–	1	1	1	1	1	1
Tromboflebită superficială	2	1	1	1	**efectuare**	–	1	1	1	1	1	1
Intervenție chirurgicală majoră												
Cu imobilizare prelungită sau cu intervenție la nivelul membrelor inferioare	4	1	1	1	**amînare**	–	1	1	1	1	1	1hk
Fără imobilizare	2	1	1	1	**efectuare**	–	1	1	1	1	1	1
Antecedente de accidente vasculare cerebrale	4	2	3	2	precauție	–	1	1	1	1	1	1
Cefalee												
Ușoară	1	1	1	1	**efectuare**	–	1	1	1	1	1	1
Severă												
Recurentă, fără simptome neurologice de focar	2	1	2	2	**efectuare**	–	1	1	1	1	1	1h
Recurentă cu simptome neurologice de focar	4	2	2	2	**efectuare**	–	1	1	1	1	1	1h
Sîngerări vaginale					**efectuare**							
Neregulate, neabundente	1	2	2	2	**efectuare**	–	1	1	1	1	**1p**	–
Neregulate, abundente sau prelungite	1	2	2	2	**efectuare**	–	1	**2q**	1	1	**1p**	–
Sîngerări vaginale anormale a căror cauză nu este precizată	3	3	4	4	**amînare**	–	1	4	1	1	**1p**	–
Cancer de sîn												
În prezent	4	3	4	4	precauție	–	**1f**	1	**1f**	**1f**	**1f**	1h,k
În antecedente, fără semne de boală în ultimii 5 ani	3	3	3	3	**efectuare**	–	1	1	1	1	1	1
Tumori de sîn nediagnosticate	2	2	2	2	**efectuare**	–	1	1	1	1	1	1

Condiția	C O C	P O P	Depo -Provera	Implante	Sterilitate feminină	Vasectomia	Prezervativ	DIU	Spermic	Bariere	Naturale	MAL
Afecțiuni benigne de sîn	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**–**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Antecedente familiale de cancer la sîn	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**–**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Cancer de col uterin (în așteptarea tratamentului)	**2**	**2**	**2**	**2**	**amînare**	**–**	**1f**	**4**	**2f**	**1fr**	**1bf**	1h
Leziuni cervicale necanceroase (neoplazie cervicală intraepitelială)	**2**	**2**	**2**	**2**	**efectuare**	**–**	**1**	**1**	**1**	**1r**	**1b**	1
Cancer de endometru sau de ovar	**1**	**1**	**1**	**1**	**amînare**	**–**	**1f**	**4**	**1f**	**1f**	**1f**	1h
Chisturi ovariene	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**–**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Afecțiune inflamatorie pelviană (AIP)												
Antecedente de AIP, fără riscuri de ITS în prezent												
Sarcină după AIP	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**–**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Nu a avut sarcini după AIP	**1**	**1**	**1**	**1**	precauție	**–**	**1**	**2**	**1**	**1**	**1**	1
AIP în prezent sau în ultimele 3 luni, s	**1**	**1**	**1**	**1**	**amînare**	**–**	**1**	**4**	**1**	**1**	**1bt**	1
Infecții cu transmitere sexuală (ITS)												
În prezent (cervicită purulentă), v	**1**	**1**	**1**	**1**	**amînare**	**–**	**1**	**4**	**1**	**1**	**1b**	1
ITS în ultimele 3 luni	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**–**	**1**	**4**	**1**	**1**	**1bt**	1
Vaginită fără cervicită purulentă, v, w	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**–**	**1**	**2w**	**1**	**1**	**1**	1
Risc mare pentru ITS	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**–**	**1**	**3**	**1**	**1**	**1**	1
Infecții cu HIV/SIDA												
Infectat cu HIV	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**efect.**	**1f**	**3z**	**1f**	**1f**	**1f**	1aa
Risc mare pentru infecția HIV	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**efect.**	**1**	**3**	**2ab**	**1**	**1**	1aa
SIDA	**1**	**1**	**1**	**1**	**trimitere**	**trim.**	**1f**	**3z**	**1f**	**1f**	**1f**	1aa
Afecțiune biliară												
În prezent	**3**	**1**	**1**	**1**	**amînare**	**–**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Tratată medicamentos	**3**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**–**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Fără simptomatologie sau tratament chirurgical	**2**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**–**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1

Condiția	**C O C**	**P O P**	**Depo -Provera**	**Implante**	**Sterilitate feminină**	**Vasectomia**	**Prezervativ**	**DIU**	**Spermic**	**Bariere**	**Naturale**	**MAL**
Antecedente de colestază (icter)												
De sarcină	**2**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Legate de utilizarea în trecut a COC	**3**	**2**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Hepatită virală												
Afecțiune activă	**4**	**3**	**3**	**3**	**amînare**	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1h
Purtător	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Ciroză hepatică												
Compensată	**3**	**2**	**2**	**2**	precauție	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Decompensată	**4**	**3**	**3**	**3**	**trimitere**	–	**1f**	**1**	**1f**	**1f**	**1bft**	1hk
Tumori hepatice												
Benigne	**4**	**3**	**3**	**3**	precauție	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1bt**	1
Maligne	**4**	**3**	**3**	**3**	precauție	–	**1f**	**1**	**1f**	**1**	**1bft**	1hk
Fibroame uterine	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1**	**2ac**	**1**	**1**	**1**	1
Antecedente de sarcină ectopică	**1**	**2**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Obezitate	**1**	**1**	**1**	**1**	precauție	–	**1**	**1**	**1**	**1ad**	**1**	1
Afecțiuni ale tiroidei												
Gușă simplă	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Hipertireoidie	**1**	**1**	**1**	**1**	**trimitere**	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1bt**	1
Hipotireoidie	**1**	**1**	**1**	**1**	precauție	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1bt**	1h
Talasemie (anemie ereditară)	**2**	**1**	**1**	**1**	precauție	–	**1**	**2**	**1**	**1**	**1**	1
Afecțiune trofoblastică												
Benignă	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1**	**3**	**1**	**1**	**1**	1
Malignă	**1**	**1**	**1**	**1**	**amînare**	–	**1f**	**4**	**1f**	**1f**	**1f**	1h
Drepanocitoză	**2**	**1**	**1**	**1**	precauție	**efect.**	**1f**	**2**	**1f**	**1f**	**1f**	1
Tulburări de coagulare	–	–	–	–	**trimitere**	**trim.**	–	–	–	–	–	–
Anemie feriprivă												
Hb 7-10 g/dl	**1**	**1**	**1**	**1**	precauție	–	**1**	**2**	**1**	**1**	**1**	1
Hb mai mică de 7 g/dl	**1**	**1**	**1**	**1**	**amînare**	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Epilepsie	**1**	**1**	**1**	**1**	precauție	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Chistosomiază												
Fără complicații	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Cu fibroză hepatică	**1**	**1**	**1**	**1**	precauție	–	**1f**	**1**	**1f**	**1f**	**1bft**	1h
Cu fibroză hepatică severă	**4**	**3**	**3**	**3**	**trimitere**	–	**1f**	**1**	**1f**	**1f**	**1bft**	1h
Malarie	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1

Condiția	**C O C**	**P O P**	**Depo -Provera**	**Implante**	**Sterilitate feminină**	**Vasectomia**	**Prezervativ**	**DIU**	**Spermic**	**Bariere**	**Naturale**	**MAL**
Interacțiuni medicamentoase												
Tratament concomitent cu rifampicină sau grizeofulvin	**3**	**3**	**2**	**3**	precauție	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Tratament concomitent cu antibiotice (a, e)	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Tratament concomitent cu anticonvulsante cu excepția acidului valproic	**3**	**3**	**2**	**2**	precauție	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	–
Alergie la latex	–	–	–	–	–	–	**3ag**	–	**1**	**3**	–	–
Utilizarea altor medicamente												
Psihotrope, terapie cu litiu, antidepresive triciclice sau anxiolitice	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	**1bt**	ah
Paritatea												
Nulipară (fără copii)	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**efect.**	**1**	**2**	**1**	**1**	**1**	–
Cu naștere în antecedente	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	**efect.**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	1
Dismenoree severă (dureri în timpul menstruației)	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1**	**2**	**1**	**1**	**1**	aj
Tuberculoză												
Non-pelviană	**1**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1f**	**1**	**1f**	**1f**	**1f**	1ak
Pelviană	**1**	**1**	**1**	**1**	**trimitere**	–	**1f**	**4**	**1f**	**1f**	**1f**	1,ak
Endometrioza	**1**	**1**	**1**	**1**	**trimitere**	–	**1**	**2**	**1**	**1**	**1**	1
Anomalii anatomice												
Anomalii ale cavității uterine	–	–	–	–	–	–	–	**4 al**	–	**-am**	–	–
Alte anomalii care nu afectează cavitatea uterină și nu interferează cu inserția DIU	–	–	–	–	–	–	–	**2**	–	–	–	–
Șoc toxic în antecedente	–	–	–	–	–	–	**1**	–	**1**	**3**	–	–
Alăptat												
Mai puțin de 6 săptămîni după naștere	**4**	**3**	**3**	**3**	**efectuare**	–	**1**	–	**1**	–	**1b**	1
Între 6 săptămîni și 6 luni după naștere (alăptare exclusivă sau aproape exclusivă la sîn)	**3**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1**	–	**1**	**1**	**1b**	1
Peste 6 luni după naștere	**2**	**1**	**1**	**1**	**efectuare**	–	**1**	–	**1**	**1**	**1b**	–

Condiția	**C O C**	**P O P**	**Depo -Provera**	**Implante**	**Sterilitate feminină**	**Vasectomia**	**Prezervativ**	**DIU**	**Spermic**	**Bariere**	**Naturale**	**MAL**
Post-partum (femei ce nu alăptează la sîn)												
Mai puțin de 21 zile după naștere	**3**	**1**	**1**	**1**	„	„“	**1**	„	**1**	-	**1b**	–
Mai mult de 21 zile după naștere	**1**	**1**	**1**	**1**	„	„“	**1**	„	**1**	**-ao**	**1b**	–
Post-avort												
Avort în trimestrul I	**1**	**1**	**1**	**1**	–	–	**1**	**1**	**1**	**1**	**1b**	–
Avort în trimestrul II	**1**	**1**	**1**	**1**	–	–	**1**	**2**	**1**	**1ap**	**1b**	–
După avort septic, aq	**1**	**1**	**1**	**1**	–	–	**1**	**4**	**1**	**1**	**1b**	–

a – Sterilizarea este adecvată femeilor și bărbaților de orice vîrstă care sînt siguri că nu mai doresc copii în viitor.

b – Această condiție poate afecta funcția ovariană și/sau modifica simptomele de fertilitate și/sau poate face să fie dificilă însușirea și utilizarea metodelor.

c – La puțin timp de la instalarea menarhei (vîrsta primei sîngerări menstruale) și pe măsură ce se apropie menopauza.

d – Categoria 2, dacă tensiunea arterială poate fi monitorizată în mod periodic, dacă nu, categoria 3.

e – Categoria 3, dacă TA poate fi monitorizată în mod periodic. Altfel, categoria 4.

f – Ratele de eșec mai mari ale acestei metode pot expune persoana care o utilizează la un pericol inacceptabil de sarcină cu risc.

g – Cu sau fără complicație vasculară.

h – Alăptatul poate să nu fie recomandat femeilor care urmează tratament medicamentos împotriva acestei afecțiuni.

i – Categoria 3 sau 4, în funcție de severitatea condiției.

j – Afecțiune circulatorie din cauză unor cheaguri de sînge.

k – MAL nu are nici un impact asupra acestei condiții, dar prezența ei poate interzice alăptatul.

l – Afecțiune cardiacă din cauza unor artere blocate.

m – Hipertensiune pulmonară, risc de fibrilație arterială, antecedente de endocardită bacteriană subacută sau tratament cu medicație anticoagulantă.

n – Inflamația unei vene superficiale.

o – Simptome neurologice focale – tulburări de vedere, fosfenie sau tulburări de vorbire sau ale mișcărilor.
p – Această condiție poate face ca metoda calendarului să fie dificil sau imposibil de utilizat în mod eficient.
q – Categoria 3, dacă pacienta este anemică. De asemenea, o sîngerare abundentă anormală poate semnala prezența unei condiții severe.
r – Cupola cervicală nu este recomandată.
s – Include endometrita (inflamația mucoasei uterine).
t – Nu influențează ciclitatea sîngerărilor vaginale, metoda calendarului poate fi folosită.
u – Metodele de barieră, în special prezervativele, sînt întotdeauna recomandate pentru prevenirea ITS și HIV/SIDA.
v – Cervicită purulentă – secreție purulentă la nivelul orificiului extern al colului uterin.
w – În zonele unde incidența ITS este mare, prezența vaginitei poate indica o ITS.
x – De exemplu, în prezent are sau va avea mai mult de un partener sexual sau un partener care are relații sexuale cu mai multe persoane.
y – Folosirea diafragmei și a spermicidelor are un potențial de risc pentru infecții ale aparatului urinar.
z – Pentru DIU, pentru persoanele infectate cu HIV sau pentru cele predispuse spre infecții.
aa – În regiunile unde infecțiile constituie cauza principală a mortalității infantile, femeile infectate cu HIV trebuie să-și alăpteze copiii. În celelalte regiuni, unde există înlocuitori ai laptelui matern, femeile infectate cu HIV nu trebuie să-și alăpteze nou-născuții.
ab – Spermicidele cu doze mari de nonoxinol-9 pot provoca leziuni vaginale, ce sporesc riscul de infecție cu HIV.
ac – Fibroame uterine care deformează cavitatea uterină, categoria I.
ad – Obezitatea severă poate face dificilă găsirea unei diafragme sau a cupolei cervicale pe măsură.
ae – Ate antibiotice decît rifampicina și grizeofulvina.
af – Barbiturice, fenitoin, carbamazepin, primidon.
ag – Alergia la latex nu este o contraindicație pentru folosirea prezervativelor de plastic, dacă acestea sînt disponibile.
ah – Pentru a proteja sănătatea copilului, nu se recomandă alăptatul.
ai – Consilierea necesită o atenție specială. E nevoie să vă asigurați că pacienta a ales metoda fiind informată corect și complet.

aj – Menstruația solicită folosirea altei metode contraceptive.

ak – Decizia de a alăpta trebuie să ia în considerare riscurile și beneficiile pentru copil.

al – Orice deformare a cavității uterine care poate cauza inserția greșită a DIU.

am – În anumite cazuri de prolaps, diafragma nu poate fi folosită. Ea nu este recomandată nici pacientelor cu modificări anatomice ale colului uterin.

an – Include fobroame uterine, stenoză cervicală sau distrugeri ale colului.

ao – Poate începe folosirea diafragmei la 6 săptămîni după naștere.

ap – Poate începe folosirea diafragmei la 6 săptămîni, după un avort de trimestrul II.

aq – Imediat după avort, în prezența unei infecții a aparatului genital.

- condiție nelistată de OMS pentru această metodă; nu influențează eligibilitatea folosirii metodei.
- condiții suplimentare de sterilizare feminină, care necesită amînare, consultarea unui medic specialist sau precauții la aplicarea sterilizării feminine.
- condiții speciale legate de vasectomie, necesită amînare, consultarea unui specialist sau precauții.

CAPITOLUL X

Contracepția și cancerul mamar. Etapele de screening

La ora actuală nu există dovezi clare privind corelația dintre frecvența cancerului mamar și utilizarea contraceptivelor orale combinate. Studiile au demonstrat o creștere nesemnificativă a riscului cancerului de sîn la femeile tinere care folosesc COC vreme îndelungată, încă din adolescență, datorită faptului că el este depistat în stadii precoce. La fel, a fost probată diminuarea acestui risc în perioada de postmenopauză. Prevalența cancerului de sîn la femeile tinere constituie o parte mică din numărul total de cazuri (Wingo et al, 1991).

La femeile care au utilizat COC vreme îndelungată a fost diagnosticat cancer mamar în stadii precoce, localizat în glanda mamară. În cazul femeilor care nu au utilizat COC, cancerul mamar este depistat, de cele mai multe ori, în stadii tardive. Se consideră că utilizarea COC duce la depistarea precoce a cancerului mamar – poate acest lucru se datorează vizitelor frecvente (de rutină) la medic ale femeilor ce folosesc COC. În timpul acestor vizite, femeile sînt examinate și li se face screening-ul patologiei glandelor mamare.

Femeile cu anamneză familială de cancer mamar, avînd un risc sporit de cancer, trebuie să consulte medicul referitor atît la utilizarea COC, cît și a altor metode de contracepție.

În scop de depistare precoce a patologiei glandelor mamare, inclusiv a cancerului mamar, este recomandată efectuarea screening-ului glandelor mamare care include trei etape de bază:

- ***autoexaminarea;***
- ***examinarea glandelor mamare;***
- ***mamografia.***

Autoexaminarea glandelor mamare se recomandă a se efectua de la vîrsta de 20 de ani pînă la cea de 70 de ani (după 70 de ani, frecvența cancerului mamar scade considerabil și autoexaminarea are o eficiență redusă). Examinarea se efectuează lunar, în prima fază a ciclului menstrual, la a 5-10-a zi a ciclului. Femeile gravide, după histerectomie sau cele care se află în menopauză repetă examinarea o dată pe lună, într-o zi anumită. Instrucțiunile detaliate despre autoexaminarea glandei mamare sînt prezentate în anexă.

Examinarea glandelor mamare

Diagnosticul patologiei *glandelor mamare* se stabilește în baza ***anamnezei, examenului clinic și rezultatelor investigațiilor glandelor mamare.***

Anamneza (întrebările de bază):
- Ați avut dureri în regiunea glandelor mamare?
- Ați suportat traume, ați avut mastită, fisuri ale mameloanelor, alte maladii ale glandelor mamare?
- Înainte de menstruație, aveți dureri sau senzație de încordare?
- Ați observat anumite formațiuni în glandele mamare? Dacă *da*, nu ați simțit în acel loc hiperemie sau hipertermie locală?
- Aveți eliminări din mameloane?
- S-a schimbat exteriorul mameloanelor?
- Au avut rudele dvs. dureri ale glandelor mamare?

Simptomele principale:
- formațiune tumoroasă;
- durere sau sensibilitate la palpare;
- tracția mamelonului;
- hiperemia pielii în jurul mamelonului;
- eliminări din mamelon;
- eliminări din una sau din ambele glande mamare (spontane sau numai la apăsare);
- eliminări hemoragice, de culoare sur-verzuie, galbenă sau albă.

Examinarea clinică a glandelor mamare

Inspecția trebuie să aibă loc într-un spațiu bine iluminat, la o anumită distanță față de pacienta dezbrăcată în partea de sus a corpului. Mîinile se schimbă în următoarele poziții: lăsate în jos (fig. 10.1), ridicate după cap (fig. 10.2), puse pe brîu (fig. 10.3), corpul aplecat cu mîinile lăsate liber (fig. 10.4).

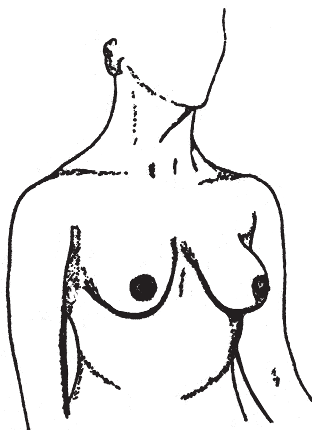


Fig. 10.1. Inspecția vizuală a sînilor (poziția 1)

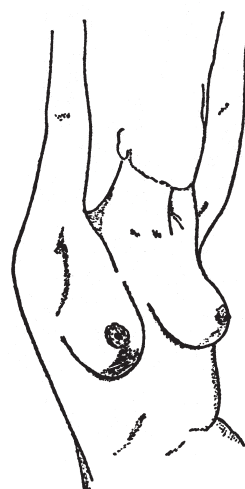


Fig. 10.2. Inspecția vizuală a sînilor (poziția 2)

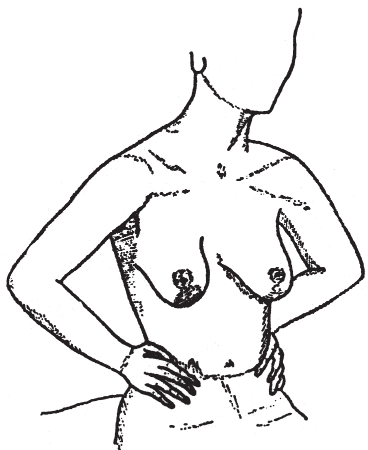


Fig. 10.3. Inspecția vizuală a sînilor (poziția 3)

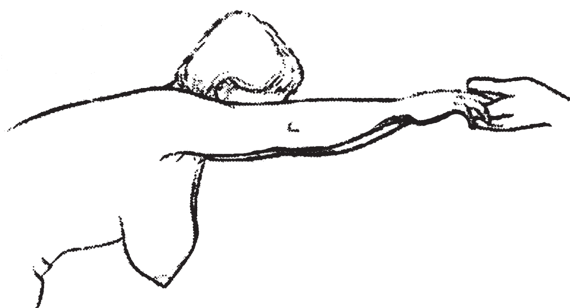


Fig. 10.4. Inspecția vizuală a sînilor (poziția 4)

***Semnele clinice care trebuie urmărite sînt*:**

1. formațiuni proeminente;
2. mărirea sau micșorarea volumului glandelor mamare;
3. situarea neobișnuit de joasă (sau ridicată) a uneia dintre glandele mamare;
4. umbilicarea pielii;
5. retracția mamelonului sau/și a areolei;
6. apariția unui sector plat;
7. eliminări hemoragice din mamelon;
8. ulcerizarea mamelonului;
9. sporirea rețelei vasculare, edemul și hiperemia glandei mamare.

Palparea – permite să determinăm localizarea tumorii, dimensiunile, limitele, forma, consistența și caracterul suprafeței ei. La fel, ne ajută să stabilim relația cu țesuturile adiacente și mobilitatea față de ele.

Aria supusă examenului este limitată de claviculă, linia inferioară a sutienului, de stern și de regiunea subaxilară. Componentul obligatoriu este palparea ganglionilor limfatici axilari, supra- și subclaviculari și cei cervicali (fig. 10.5, 10.6, 10.7).

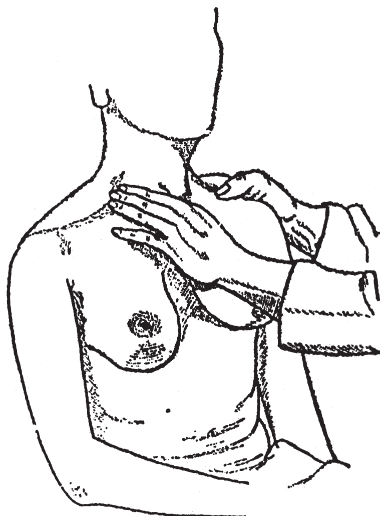


Fig. 10.5.
Palparea ganglionilor supraclaviculari

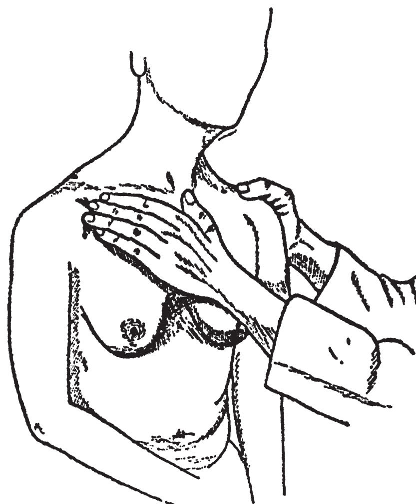


Fig. 10.6.
Palparea ganglionilor subclaviculari

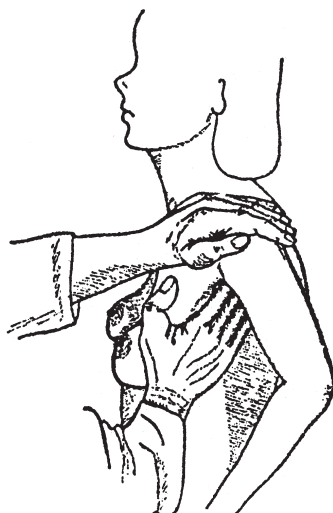


Fig. 10.7.
Palparea ganglionilor axilari

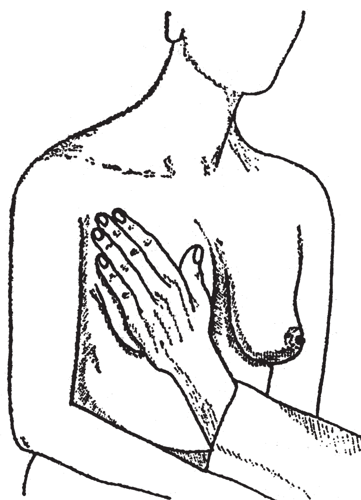


Fig.10.8.
Palparea sînului în poziție șezîndă

Este obligatorie palparea în două poziții: verticală și orizontală (decubit dorsal) (fig. 10.8, 10.9). Palparea glandei în poziție orizontală favorizează diagnosticul tumorii “minimale“ și diferențierea cancerului glandei mamare de hiperplaziile dishormonale.



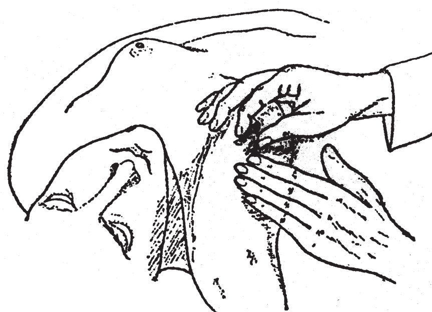
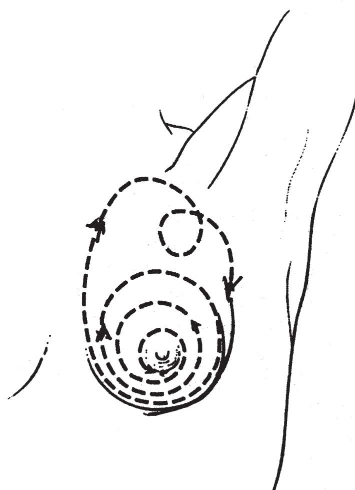


Fig.10.9.
Palparea sînului
în decubit
dorsal

Fig. 10.10.
Tehnica de
palpare

Palparea se efectuează prin mișcări rotative cu pernuțele a trei degete, acestea fiind ținute drepte cu presiune ușoară, medie și profundă în fiecare sector (fig. 10.10). Palparea începe de la cadranul superior lateral prin diferite metode: după acul ceasornicului (fig. 10.11), pe sectoare, în direcția sens contra sens, între două palme. La autoexaminare, palparea glandei se face cu mîna opusă glandelor examinate. Palparea în poziție culcată se face cu ajutorul unui suport (pernuță, ștergar), plasat sub omoplat, din partea sînului examinat (fig. 10. 9). Se verifică prezența sau lipsa eliminărilor prin apăsarea mamelonului (fig. 10.12).



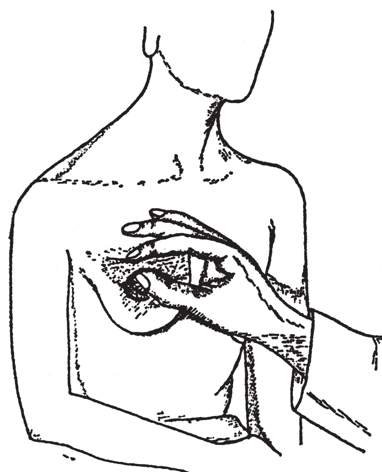


Fig. 10.11.
Metoda palpării
după acul
ceasornicului

Fig. 10.12.
Palparea
mamelonului
și cercetarea
scurgerilor
mamelonare

Algoritmul examinării glandelor mamare

Pregătirea

1. Medicul explică pacienrei ce procedură va urma;
2. Medicul roagă pacienta să dezgolească partea de sus a corpului.

Inspecția (la femei)

Examinați ambele glande.

1. Pacienta stă cu mîinile lăsate de-a lungul corpului.
2. Pacienta ridică mîinile după cap.
3. Pacienta pune mîinile pe șolduri și încordează mușchi.
4. Pacienta se apleacă cu mîinile lăsate în jos.

Palparea

Palpați glandele mamare în două poziții (verticală și orizontală).

1. Rugați pacienta să ridice mîinile după cap, pentru examinare.
2. Examinați toate ariile complet și sistematic.
3. 4 cadrane și insulița.
4. Mamelonul.
5. Areola.
6. Apăsați pentru a obține conținut din mamelon.

Evaluarea

Determinați localizarea tumorii, dimensiunile, limitele, forma, consistența și caracterul suprafeței ei. La fel, relația cu țesuturile adiacente și mobilitatea față de ele. Completați documentația medicală și îndreptați pacienta pentru consultație la medicul specialist (mamolog).

MAMOGRAFIA constituie metoda instrumentală de bază în examenul profilactic (screening) a femeilor cu scopul depistării formelor precoce (preclinice) a cancerului glandei mamare. Ea permite aprecierea macrocalcinatelor și a microcalcinatelor.

Dezavantajele mamografiei *constau în:*

- *acțiunea radiației ionizante asupra pacientei și a personalului medical;*
- *imposibilitatea aplicării investigației la gravide, la femeile care alăptează și la cele mai tinere de 35 ani.*

Ca metodă instrumentală pentru femeile mai tinere de 35 de ani este recomandată ultrasonografia glandelor mamare.

În funcție de vîrsta femeii, se propune următoarea periodicitate de screening a patologiei glandelor mamare (tab. 10.1).

Tabelul nr. 10.1.

Vîrsta	**Metoda**	**Periodicitatea**
20-34 ani	Autoexaminarea Examinarea clinică	lunar una la 3 ani
35-39 ani	Autoexaminarea Examinarea clinică Mamografia	lunar una la 3 ani o singură dată
40-49 ani	Autoexaminarea Examinarea clinică Mamografia	lunar una la 2 ani una la 2 ani
50-59 ani	Autoexaminarea Examinarea clinică Mamografia	lunar anual anual
> 60 ani	Autoexaminarea Examinarea clinică Mamografia	lunar anual anual

CAPITOLUL XI

Consilierea și screening-ul la cancerul de col

Screening-ul la cancerul de col uterin

Cancerul de col uterin este cea mai frecventă tumoare malignă a femeii (1/3 din numărul total dintre cazurile de cancer). Este o boală care poate fi depistată precoce, rezultatele tratamentului reușind în funcție de cît de devreme a fost stabilit diagnosticul.

Epidemiologie

În lume se înregistrează, anual, 500 000 de noi cazuri de cancer de col uterin.

Deși este o formă vizuală de cancer, mortalitatea este foarte înaltă fiind cauzată de depistarea tardivă a acestei maladii.

Etiologie

Factorul determinant al neoplaziei este încă necunoscut. Au fost identificați mai mulți factori determinanți:

1. Mediul socio-economic sărac, care favorizează apariția cancerului:
   - fumatul;
   - subnutriția.
2. Igiena sexuală:
   - numărul mare de parteneri sexuali sporește riscul apariției cancerului;
   - partenerul întreține relații sexuale cu mai multe persoane;
   - debutul timpuriu al activității sexuale.
3. Număr mare de nașteri și avorturi; suturarea incorectă a colului post-partum;
4. Stări de imunodeficiență, inclusiv infecția HIV.

Este greu ca acești factori să fie separați de alții.

5. Factorul ereditar – s-a constatat o frecvență mai înaltă a Cr la femeile a căror mame au avut cancer de col;
6. Factorul ITS, în special infecția cu virusul papilomului uman. Cercetările din ultimii ani arată că acest virus este depistat în 90-95 % dintre cazurile de cancer.

Virusul papilomului uman

- Este un virus ADN;
- Specific numai omului (nu este întîlnit la animale);
- Nu poate fi obținut prin cultură;
- Afectează epiteliul;
- Sînt cunoscute mai mult de 130 subtipuri;
- Afectează mucoasa genitală.

Subtirpuri de VPU care determină un risc sporit de cancer:

- VPU 16 – 50%;
- VPU 18 – 20%;
- VPU 45 – 10%;
- VPU 31 – 5%;
- VPU 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58 – 10%.

VPU 18 este specific pentru Asia.

VPU 45 – pentru Africa.

VPU 16 – pentru Europa.

VPU 39 și 59 – pentru America de Sud.

Subtipuri de VPU care determină un risc scăzut de cancer:

VPU 6, 11 – cauza condiloamelor dobîndite (negi genitali), pot provoca cancer în 2% de cazuri;

VPU 26, 40, 42, 50, 55, 57, 59, 60, 68 – în 3% de cazuri.

Metode de diagnostic a VPU

1. PCR – reacția de polimerizare în lanț:
   – acum nu este în uz;
   – este extrem de sensibilă.
2. Hibridizarea cu probe ARN:
   – este mai performantă;
   – este mai specifică;
   – este mai sensibilă.
3. Metoda de diagnostic serologic.

Ele nu sînt recomandate ca metode de rutină pentru screening.

Infecția cu virusul papilomului uman are tablou subclinic

Se întîlnește mai des în categoria de populație tînără, de la 21–30 de ani – pînă la 35 % dintre cazuri;

De la infecția cu virusul papilomului uman pînă la apariția leziunilor epiteliale neoplastice durează aproximativ 15 ani;

De aici și probabilitatea depistării cancerului de col la vîrsta de 35-45 de ani.

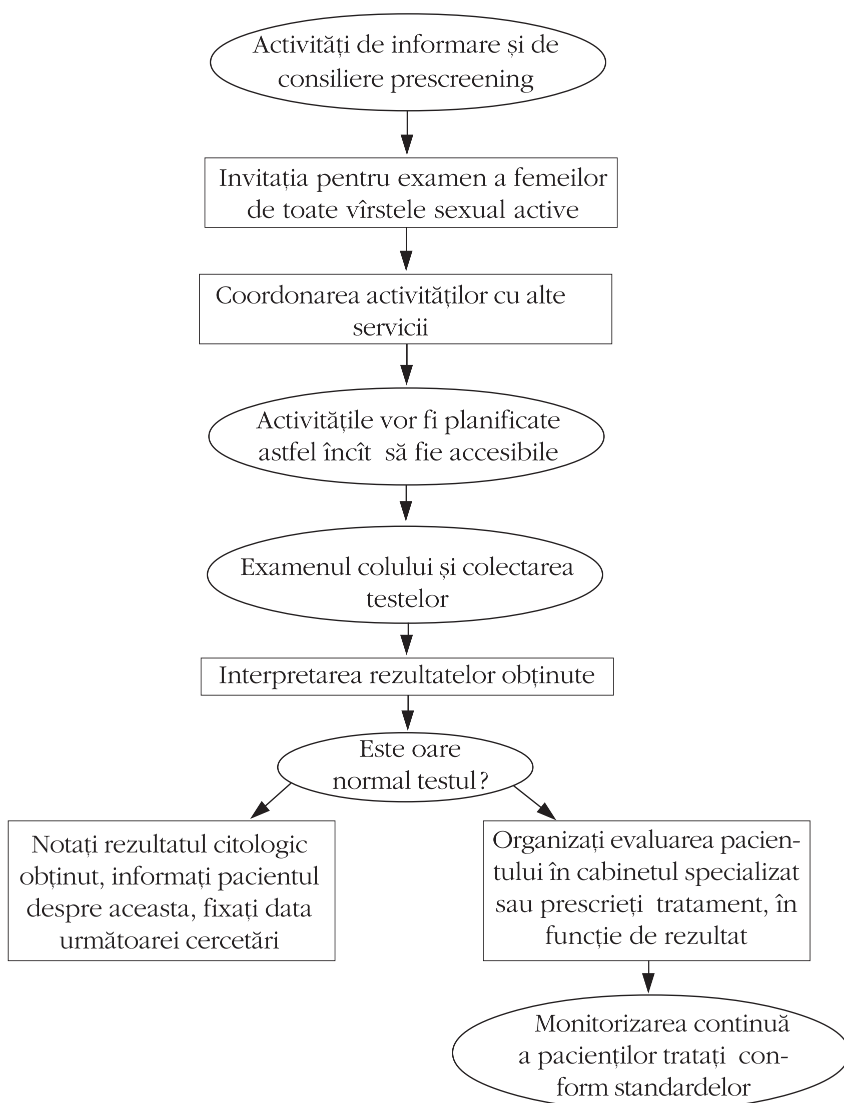
Cum să organizăm screening-ul la cancerul de col

Măsuri organizatorice locale și regionale:

- crearea unei baze de date în care să fie ținută evidența populației feminine, pe vîrste;
- accesul la un laborator bine dotat;
- crearea unor cabinete înzestrate cu utilaj necesar colectării testelor: masă pentru examen ginecologic, specule ori valve pentru examenul colului, periuțe și spatule pentru colectarea materialului, lamele, fixativ, registre și personal bine instruit;

- evidența rezultatelor obținute;
- colaționarea rezultatelor obținute cu statisticile curente;
- crearea cabinetelor specializate, dotate pentru efectuarea testelor specifice în cazurile de depistare a patologiei;
- evidența pacientelor cu patologie și evaluarea lor în conformitate cu standardele;
- informarea populației despre importanța screening-ului regulat.

Algoritmul de screening al cancerului de col la etapa asistenței medicale primare



Informarea pacientelor

- Scopul principal este să informăm femeile că acesta nu este un test de cancer, ci doar unul pentru prevenirea lui – depistarea și tratarea stărilor precanceroase previne apariția cancerului.
- Informarea populației prin diverse mijloace: vizite la domiciliu, invitație prin carte poștală, prin telefon, activități mass-media.
- Elaborarea de postere, pliante informative despre prevenirea cancerului de col. O categorie specifică constituie femeile care refuză examenul ginecologic, dar care trebuie examinate. Informarea lor solicită mai mult timp și abilități de consiliere.
- Crearea unei atmosfere în care pacienta să răspundă și să obțină răspuns la toate întrebările apărute.

Contingentul solicitat pentru screening:

- femeile sănătoase de toate vîrstele, după 20 de ani;
- dintre tinerele de pînă la 20 de ani sînt invitate doar cele sexual active;
- toate femeile care n-au fost examinate conform orarului de screening;
- femeile cu patologii de col, examinate după tratament în conformitate cu standardul existent pentru patologia dată.

Conform recomandărilor OMS, testele de screening vor fi repetate cu următoarea periodicitate:

după trei teste consecutive, colectate anual, intervalul dintre teste va fi:

1) o dată la 2 ani pentru femeile de după 20 de ani (conform standardului Republicii Moldova);
2) de 3 ani, la categoria femeilor cu vîrsta dintre 23 și 51 de ani (standard OMS);
3) de 5 ani, la categoria femeilor de după 52 de ani (standard OMS).

Indicații clinice pentru colectarea extragrafică a testelor:

- sîngerări în timpul coitusului (sîngerări de contact);
- metroragii anormale;
- orice tip de sîngerare de contact (la atingerea colului cu speculul, cu mîna, în timpul examenului, coitusului);
- sîngerări nejustificate în timpul sarcinii;
- schimbări vizibile pe col – polip, eroziune și pseudoeroziune pe suprafața colului, condilomă;
- secreții purulente ce nu dispar după administrarea antibioticelor;
- testele de rutină *nu se fac* femeilor gravide și lăuzelor;
- sîngerări în menopauză.

Nu se colectează testul:
- în timpul menstruației;
- la femeile cu cervicite purulente netratate;
- în timpul lactației;
- după raglajul canalului cervical;
- după contact sexul recent (nu în a II zi);
- dacă femeia a făcut recent duș vaginal.

Informarea și formarea deprinderilor practice ale personalului medical pentru a efectua examen în valve a colului și pentru colectarea frotiului citologic.

Pentru colectare avem nevoie de:
- sursă de iluminare suplimentară (poate fi folosită și o lanternă) pentru examenul colului;
- mănuși;
- specul vaginal;
- spatule de plastic ori de lemn, periuțe;
- periuțe ori anse cervicale;
- lamele marcate preventiv;
- fixativ (pentru fixarea frotiurilor);
- acid acetic de 3-4%;
- soluție *Lugol*;
- tampoane de tifon;
- pensete lungi;
- registru de evidență a testelor colectate și a rezultatului citologic obținut.

Etapele de examinare a pacientei

Nu uitați deprinderile de consiliere descrise la începutul cărții! Aici aveți mai multă nevoie de ele ca oricînd:
- salutați clienta, prezentați-vă;
- rugați pacienta să se prezinte;
- culegeți informația generală despre pacientă (numele, vîrsta, adresa, telefonul...);
- întrebați pacienta ce simptome sau disconfort are, notați-le în fișă;
- culegeți anamneza bolii prezente și a altor maladii de care a suferit sau suferă acum. Aflați ce tratamente și-a administrat pînă în prezent, inclusiv tratamente chirurgicale;
- culegeți anamneza ginecologică: de la ce vîrstă are menstruație, durata și frecvența ei, vîrsta la care a debutat în activitatea

sexuală, numărul de parteneri sexuali, numărul de nașteri și de avorturi, ce maladii ginecologice a suportat, a avut hemoragii, ITS, data ultimei menstruații, metodele de contracepție utilizate pînă în prezent;
- anamneza ereditară: boli ereditare, diabet zaharat, HTA, cancer printre rudele apropiate;
- întrebați pacienta despre deprinderile sale nocive: fumat, alcool, abuz de substanțe, droguri;
- anamneza alergologică;
- dacă a fost supusă influenței nefavorabile a mediului (radiație ș.a.).

Examenul fizic

Evaluați T/A, starea tegumentelor și a mucoaselor, cavitatea bucală, palpați glanda tiroidă, examenul glandelor mamare, apreciați starea ganglionilor limfatici, efectuați un examen genital și rectal.

Examenul genital

Pentru ca examenul să fie mai puțin stresant pentru pacientă, discutați cu ea preventiv despre această probă, explicați în ce constă manopera și care vor fi pașii ei. Aceste reguli trebuie să le respectați, în special, în cazul pacientelor tinere, care se adresează pentru prima dată la medicul ginecolog. *Examenul se va efectua numai cu acordul pacientei!*

Pregătiți tot necesarul pînă la începutul examinării pacientei!

Examenul se efectuează în decubit dorsal al pacientei, pe masa de examen general ori în fotoliul ginecologic.

Instalați sursa de lumină (lampa) astfel încît suprafața examinată (organele genitale) să fie bine iluminată. Atunci cînd nu aveți lampă, folosiți o lanternă, în special pentru examinarea colului uterin.

Pașii examenului

- Îmbrăcați mănuși din latex ori din plastic înainte de examenul genital pe ambele mîini. Atenție! Mîna cu care veți palpa organele genitale nu o atingeți de obiectele din jur (masă, scaun etc.), păstrați-o curată.
- Examinați exteriorul organelor genitale externe: pubisul, zona inghinală, labiile mari și cele mici. Palpați porțiunile inferioare ale labiilor mari (gl. Bartoline) ca să aflați dacă nu sînt mărite. Examinați regiunea perianală (ați putea descoperi eroziuni, papule, vezicule, condiloame acuminate, sectoare albicioase de epiteliu cheratinizat, atrofierea organelor genitale externe, formațiuni de volum). Dacă ați depistat anormalități, prelucrați-le cu albastru de tuloidină, pentru a stabili displaziile posibile.

- Desfaceți cu ajutorul degetelor labiile genitale. Examinați vestibulul vaginului în această zonă, precum și pe perineu, aici de cele mai dese ori sînt plasate candiloamele acuminate, erozio vera ș.a. Atrageți atenție ca să observați dacă pereții vaginului nu sînt prolabați. Pentru depistarea prolapsului genital, rugați pacienta să se screamă. Dacă spre ieșirea din vagin se deplasează mucoasa peretelui anterior al vaginului, pacienta are cistocele ; dacă apare mucoasa peretelui posterior – rectocel ; dacă la intrarea în vagin apare colul uterin – prolaps uterin. *Dacă în timpul examenului extern ați depistat eroziuni, papule, pustule, schimbați mănușile pentru a evita răspîndirea infecției.*
- Luați speculul încălzit în mîna cu care lucrați mai bine (dreapta, de obicei). Cu cealaltă mînă deschideți labiile mici și introduceți atent speculul în vagin, sub unghi de 90°, pe masură ce înaintați, rotiți speculul astfel încît să-l puteți fixa axial în vagin. Deschideți speculul și fixați-l. Introducerea speculului va fi mai ușoară dacă pacienta va inspira aer adînc în piept. Rugați-o să o facă atunci cînd începeți să introduceti speculul.
- Vizualizați bine colul uterin. Fiți atent la forma și la dimensiunile colului uterin, la starea epiteliului ce acoperă colul, ca să observați dacă nu există formațiuni de volum sau defect de mucoasă. În mod obișnuit, porțiunea vaginală a colului uterin este acoperită cu epiteliu scuamos. În jurul orificiului extern este situată zona de trecere a epiteliului scuamos în epiteliu cilindric, numită zona de transformare (Z.T.). La femeile tinere, Z.T. este situată pe exocol. Peste ani, această zonă se deplasează în interiorul canalului cervical (endocol). Formațiunile de volum ale colului pot prezenta polipi glandulari și epiteliali pavimentoși, care cresc din canalul cervical sau de pe suprafața colului uterin, chisturi Nabothi, endometrioide, uneori noduli miomatoși submucoși ce se înmulțesc. Să nu uităm de neoplaziile maligne. În mod normal, mucoasa colului uterin este pal-roză, are secreții mucoase neabundente.
- Caracterul eliminărilor vaginale : sangvinolente, purulente, spumoase, caseoase. Originea lor : cervix, vagin. Atunci cînd cantitatea de eliminări este foarte mare și din această cauză nu puteți aprecia starea colului și nici colecta froțiul citologic, badijonați preventiv colul uterin cu un tampon de bumbac uscat, după care recoltați frotiul citologic. În cazul secrețiilor mucopurulente din cervix, se vor colecta obligatoriu probe la chlamydia trahomatis și la gonoree.

Metoda recoltării probelor

Pentru a recolta material de pe suprafața colului, vom utiliza o spatulă de lemn ori de plastic care se lipește bine de suprafața colului, după care vom face o rotație la 360°. Este important să recoltăm material de pe suprafața întregii zone.

Materialul recoltat este pus pe lamelă, într-un strat foarte subțire.

Din canalul cervical vom recolta celule cu ajutorul periuței ce va fi introdusă în canal, efectuînd o rotație la 360°. Materialul cules va fi trecut apoi pe lamelă și fixat imediat. Dacă folosim fixativ spray, îl vom aplica de la o distanță de 30-35 cm, pentru a evita spălarea de pe lamelă a produsului recoltat. Dacă alegem alcoolul, atunci vom aplica o picătură mică. Lamelele trebuie să fie marcate în mod obligatoriu. Materialul va fi recoltat de pe suprafața zonelor suspecte.

Înainte de colectarea citologiei trebuie evitată prelucrarea colului. Se acceptă o înlăturare ușoară, cu un tampon uscat, a mucozităților excesive.

Frotiu la grad de puritate

Colectați frotiu la grad de puritate a vaginului, dacă este necesar. Pentru frotiu, recoltăm material din vagin cu ajutorul a două aplicatoare separate: I – din fornexul lateral și II – din canalul cervical. Transferați materialul recoltat pe o lamelă, în două locuri separate, marcate *pentru cervix* și *vagin*. Picurați ser fiziologic pe a doua lamelă atunci cînd examinați și frotiurile native.

După recoltarea probelor, prelucrați colul uterin cu soluție de acid acetic de 3%.

Așteptați cîteva clipe și dacă pe col au apărut pete albicioase, **trimiteți pacienta la colposcopie.**

Pentru depistarea zonelor patologice poate fi efectuat testul Shiller. Prelucrați abundent colul uterin cu soluție de Lugol de 2%. Dacă pe col au apărut pete de culoare deschisă, adică nu s-a colorat în cafeniu, aceasta înseamnă că a început un proces patologic. **Trimiteți pacienta la colposcopie.**

Examen bimanual

- După recoltarea probelor, efectuați examenul bimanual recto-vaginal.
- Efectuati examenul în timp ce discutați cu femeia, acest lucru o va relaxa.
- Degetul arătător și cel mijlociu vor fi umezite preventiv cu apă caldă sau cu gel.
- Desfaceți labiile genitale cu ajutorul mîinii. Introduceți cele două degete umezite în vagin, apăsînd ușor pe peretele pos-

terior al vaginului. Degetele se vor fixa în colul uterin. Palpați ușor colul uterin. Dacă pacienta nu este gravidă, colul ei uterin trebuie să se asemene, la formă, cu vîrful nasului. În caz de sarcină, colul trebuie să fie ramolit. Stabiliți dimensiunile și forma lui la palpație.

- Mișcați cu precauție colul puțin în stînga-dreapta. În stare sănătoasă, el se va deplasa cu 1-2 cm fără a provoca disconfort pacientei. Dacă pacienta are senzații neplăcute sau dureri, este un semn al unui proces infamator în bazinul mic.
- Pentru a palpa uterul, cu degetele interne fixați colul, iar mîna plasată pe abdomien plasați-o la mijlocul distanței dintre simfiză și ombelic, cu palma în jos palpați mai adînc, mișcînd degetele spre simfiză pînă veți găsi fundul uterului. În același timp, cu degetele interne împingeți în sus și înainte. La o distanță de 2-4 cm, între ambele mîini veți simți uterul elastic, dur, cu dimensiuni de 3 x 5 x 2 cm. Dacă pacienta este gravidă, uterul va fi ramolit și mărit. Uterul, de obicei, are forma unei pare. Poate avea formă de șa, cu un contur neregulat, ceea ce înseamnă prezența unor noduli miomatoși. Uterul cu forma de inimă poate presupune existența unei anomalii. Au mai fost întîlnite utere cu formă de bicorn, cornuat ș.a.
- În mod normal, uterul trebuie să fie poziționat pe centru, deși poate devia în stînga sau în dreapta. Schimbarea poziției uterului este un indiciu al prezenței aderenților în bazinul mic, al formațiunilor în bazinul mic sau a sarcinii ectopice ș.a.
- Consistența și conturul uterului este de obicei netedă și elastic-dură. (Abateri, vezi mai sus.)
- Mobilitatea – uterul se mișcă liber. Limitarea motilității uterului indică o patologie ce solicită examene suplimentare.
- Palparea uterului de obicei nu provoacă durere. Sensibilitatea sporită la palpare indică prezența unui proces inflamator în uter.
- Următorul pas este palparea anexelor: mișcați mîna din interior în dreapta, pentru a palpa anexele pe dreapta. Deplasați și mîna din exterior în aceeași direcție. Apăsați cu mîna externă în jos și posterior de uter, iar cu cea din interior împingeți înainte, apropiați atent ambele mîini. Veți simți cum ovarul va aluneca între degete. Are o consistență moale și este indolor la palpație. Repetați aceeași procedură pentru al doilea ovar. Palpați apoi fornexul posterior (posterior de uter) să vedeți dacă este liber și indolor. Dacă nu este necesar exame-

nul bimanual, încheiați examinarea. Anexele mărite ca volum, reținerea menstruației, sîngerările neregulate ori abundente pot fi indicii ale unei sarcini ectopice. Efectuați de urgență un examen ecografic. Rugati ginecologul sau alt medic să consulte pacienta. Spitalizați pacienta de urgență dacă suspectați o sarcină ectopică.
- Dimensiunile ovarului sînt de 2 x 3 cm. Dacă ele sînt mai mari, trimiteți pacienta la ecografie și la consultul ginecologului.

Completați un formular de trimitere la citologie în care:
- indicați adresa instituției medicale;
- numărul de înregistrare al testului după registru;
- notați data colectării probelor;
- notați datele din pașaport ale pacientei (nume și prenume, anul nașterii, adresa);
- data ultimei menstre;
- numărul de nașteri și de avorturi;
- diagnosticul clinic;
- indicați locul de unde este colectat materialul;
- numele persoanei care a colectat materialul.

Interpretarea citologiilor obținute

Este foarte important să interpretăm corect rezultatul citologic obținut!

Sistemul de evaluare a citologiei:
- arată cît de adecvat a fost recoltat frotiul;
- descrie și identifică patologia, ceea ce ne permite să elaborăm planul de conduită a pacientei;
- descrie diagnoza.

Sistemele utilizate pentru clasificarea frotiurilor citologice

Papanicolau	Asociația citologilor americani	Sistemul Bethesda
Categoria 0 Frotiu neinformativ	Frotiu neinformativ	Frotiu neinformativ
Categoria I Celule epiteliale normale	Nu conține celule anormale	Celule epiteliale normale (endocervicoză-ectopie glandulară)
Categoria II Inflamație	Inflamație	Schimbări celulare benigne, inclusiv infecțiile

Categoria II	Atipie benignă, metaplazie, schimbări postiradiere Celule anormale, care nu pot fi împărțite în categorii specifice Condiloma	Schimbări reactive, inclusiv inflamația, atrofia, schimbări postiradiere
Categoria III Sînt depistate celulele unice cu atipie a nucleului și a citoplasmei	CIN I displazie ușoară CIN II displazie moderată Leucoplazie cu atipie	Schimbări intraepiteliale de grad redus Schimbări intraepiteliale de grad sporit
Categoria IV Sînt celule rare, cu semne vădite de malignizare	CIN III Displazie severă, Carcinomul in situ	Modificări intraepiteliale severe
Categoria V Sînt depistate celule cu atipie malignă, în cantități mari.	Microcarcinom ori carcinom invaziv Adenocarcinomul	Carcinom pavimentos Adenocarcinomul și alte neoplazii

Conduita pacientelor în funcție de rezultatul testului

Citologie, categoria 0 – testul trebuie repetat imediat.

Categoria I – se va repeta testul la un anumit interval, în funcție de categoria de vîrstă (în conformitate cu standardul).

Categoria II – se prescrie tratament antiinflamator și se repetă testul după încheierea tratamentului.

În cazul unui proces inflamatoriu pronunțat, pacienta este examinată în vederea depistării unor infecții specifice (gonoree, chlamydia). Se administrează tratament specific. Citologia se va repeta după tratament. (Metode de tratament, vezi ITS.)

Dacă nu a fost identificată sursa de infecție, prescrieți un tratament antebacterial pentru 7 zile și repetați citologia peste 4-6 luni.

Uneori, în rezultatul citologic venit din laborator veți întîlni termeni specifici, cum ar fi *parakeratoza* și *hiperkeratoza*.

Parakeratoza determină zona superficială de keratinizare a epiteliului pavimentos, nucleele celulelor fiind intacte.

Hiperkeratoza determină zona periferică de keratinizare a epiteliului plat, iar nucleele celulelor nu se vizualizează.

Metaplazie – proces fiziologic de transformare a epiteliului glandular în epiteliu plat.

Koilocitoza – schimbări intraepiteliale, provocate de procesul inflamator, cauzat de VPU.

Important

În cazul cancerului invaziv, celulele necrotice pot imita inflamația. Trimiteți pacienta la colposcopie. Dacă procesul inflamator se menține și după tratament, treceți pacienta pentru un examen în cabinetul specializat de patologie a colului uterin.

Categoria II-V

LICP – Leziuni intraepiteliale ale celulelor pavimentoase (scuamoase)

1 – grad redus

2 – grad înalt

CIN – neoplazie intracelulară

VPU – virusul papilomului uman

Metode de tratament chirurgical al patologiilor colului

DEC – diatermoelectrocoagularea colului uterin

DEEC – diatermo electroexcizia colului

Laser CO2 – electroexcizie cu laser

Crio – criodestrucție cu protoxid de azot, bioxid de carbon, azot lichid

CEPSR – celule epiteliale pavimentoase cu schimbări reduse (vezi tab. I și celelalte abrevieri)

În aceste patologii este specializat medicul de la cabinetul de patologie a colului uterin.

Informații suplimentare

Dacă suspectați un proces malign, trimiteți imediat pacienta la colposcopie.

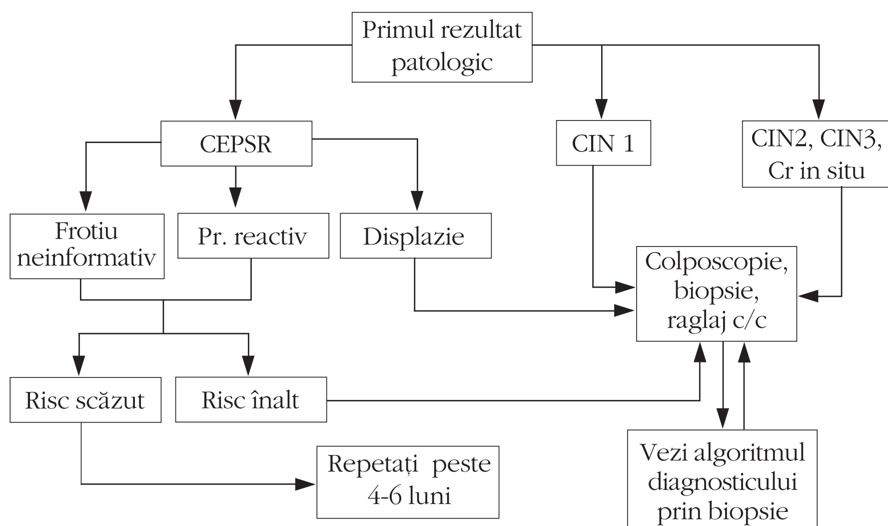
În caz de proces reactiv, puteți trata și repeta citologia la fiecare 4 luni, pînă obținem 3 teste consecutive normale, fără colposcopie.

În cazul în care avem testul II cu atipie, este necesară efectuarea obligatorie a colposcopiei.

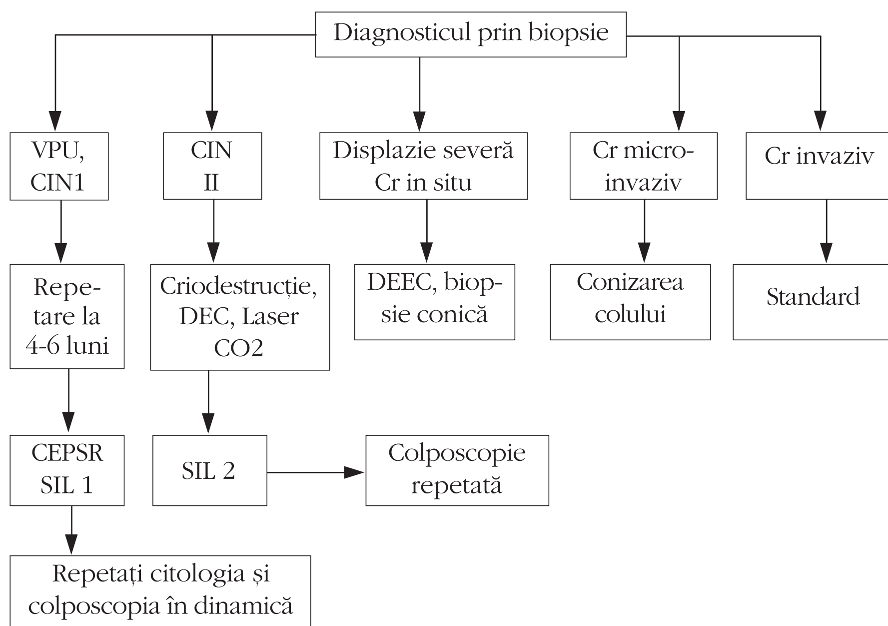
Procese inflamatorii ale canalului cervical, fără depistarea agentului patogen, pot fi întîlnite în *caz de carcinom invaziv*.

Se pot întîlni frotiuri cu atipie în perioada de lăuzie. În acest caz, cercetarea se repetă în mod obligatoriu, peste 8 săptămîni.

Algoritmul intervențiilor la categoria II-IV (test citologic cu modificări patologice)



Algoritmul diagnosticului prin biopsie (a proceselor patologice ce necesită biopsie)



Medicului de familie!

Pacientele îndreptate la colposcopie necesită o anume pregătire:

- scanarea preventivă a proceselor inflamatorii (vezi capitolul ITS);
- colectarea după tratament a frotiului la grad de puritate;
- reamintirea pacientei că:
  - două zile pînă la colposcopie, ea nu va avea contact sexual vaginal;
  - 1-2 zile nu va face duș vaginal;
  - nu-și va programa colposcopia în zilele menstruației sau în primele 2-3 după;
  - va reveni la dvs. după consultul specialistului;
  - informați pacienta unde se află cabinetul de patologie a colului uterin și care este orarul de lucru al acestuia.

În lipsa cabinetelor de patologie a colului uterin în centrele raionale, pacienta va fi îndreptată pentru consult și examen la Institutul Oncologic. Aici vor fi tratate, obligatoriu, pacientele cu diagnostic de leucoplazie cu atipie, displazie severă, Cr in situ, cancer invaziv și microinvaziv.

Problema profilaxiei Cr de col este dificilă. În schimb, este posibilă depistarea stărilor precanceroase, precum și a cancerului în fază inițială, fapt care reduce considerabil cazurile de morbiditate și de mortalitate de cancer. Supraviețuirea și reușita tratamentului depinde de gradul de avansare a procesului neoplastic.

Evoluția naturală a cancerului

Colul uterin anatomic constă din exocol, acoperit cu epiteliu pavimenos pluristratificat și din endocol, care are membrană bazală bogată în fibre de colagen, bogată în vase sangvine, acoperită cu epiteliu cilindric unistratificat, nucleele cărora sînt plasate la baza celulelor. În jurul orificiului extern al canalului cervical se situează hotarul de trecere a epiteliului pavimentos în epiteliu cilindric, care este zona de transformare sau joncțiunea scuamo cilindrică.

Cel mai des, cancerul de col se prezintă sub formă de carcinom epitelial pavimentos. Punctul-cheie îl prezintă joncțiunea scuamo-cilindrică. La acest nivel încep procesele de transformare celulară fiziologică. Sub influența anumitor factori, pot apărea și transformări atipice.

În afara neoplaziilor, pe colul uterin pot fi vizualizate anumite schimbări nonmaligne, numite

Prima categorie o constituie **procesele de fon:** 1) hipreplastice; 2) procese inflamatorii; 3) schimbări posttraumatice.

Procesele de fon includ:
1) *hipreplastice:*
• endocervicoze;
• polipi;
• papiloame și condiloame acuminate;
• leucoplazie simplă;
• endometrioză metaplastică.
2) procese inflamatorii:
• erozio vera;
• cervicite și endocervicite.
3) schimbări posttraumatice:
• rupturi ale exocolului;
• ectropion;
• fistule cervico-vaginale.

Eroziunea vera prezintă sectoare de lipsă a mucoasei exocervicale și se recunoaște la examen în valve – zone roșii, punctiforme, care uneori sîngerează la atingere. Se asociază cu procesele infamatorii, se vindecă în 12-14 zile de tratament.

Pseudoeroziunea (endocervicoza) este zona de pe suprafața exocolului, acoperită cu epiteliu cilindric de diferite forme, dar fără atipie. Sînt mai multe teorii despre fenomenul ectopiei glandulare, dar cert este faptul că acesta este un proces benign. Pseudoeroziunile pot fi glandulare, papilare sau cu proliferare și cu epidermizare. Pentru pseudoerozii sînt caracteristice formarea glandelor pe suprafața colului. Cel mai des este întîlnită enocervicoza cu epidermizare, unde printre epiteliul glandular se întîlnesc sectoare de metaplazie pavimentoasă. În urma închiderii ductului glandelor, apar chisturi de retenție – Ovula Nabothi.

Evoluția clinică a pseudoeroziunii este relativ lentă. De menționat că, în cazul evoluției îndelungate menținute sau asociate cu un proces inflamator, pot apărea modificări patologice în stratul bazal și parabazal, caracterizate prin activitate proliferativă intensă. Proliferația intensă sporește riscul de atipie celulară, pseudoeroziunea trecînd în afecțiune malignă. Enocervicoza este un proces de fon.

Leucoplazia este un proces de keratinizare a epiteliului plat al colului uterin (se întîlnește și pe vulvă). La examen, poate fi vizualizată adesea și fără colposcopie sub formă de pete albe, care se elevează asupra țesuturilor din jur. Se plasează, de obicei, în zona de transformare, rareori – pe epiteliul sănătos. Dimensiunile pot fi dife-

rite, de la bule mici pînă la suprafețe ce acoperă tot colul, uneori trecînd pe pereții vaginului. În funcție de intensitatea procesului de keratinizare, leucoplazia poate fi fină sau vulgară.

Eritroplazia prezintă modificări structurale ale mucoasei, legate de subțierea (atrofierea) mucoasei ectocervixului. Se întîlnește rar. Macroscopic, se prezintă ca o pată roșie-întunecată, cu margini regulate, formă rotundă, dimensiuni mici, vase dilatate. Se tratează ușor.

Ectropionul este o afecțiune posttraumatică a colului uterin, caracterizată prin evaginarea mucoasei canalului cervical, cu formarea ectopiei posttraumatice a epiteliului cilindric.

Papiloamele prezintă afecțiuni ale exocolului, caracterizate prin proliferarea epiteliului pavimentos. Se vizualizează sub formă de rozete alb-roze, uneori roșii intense, delimitate de restul țesutului. Diagnosticul se precizează prin colposopie și biopsie.

Polipii canalului cervical se caracterizează prin creșterea exofită pe picior din țesut conjunctiv, acoperit cu epiteliu cilindric sau pavimentos.

Neoplaziile încep de la membrana bazală și se răspîndesc pe toată grosimea epiteliului. Cu timpul, celule se înmulțesc progresiv, cuprinzînd ¼-½ din suprafata epiteliului, pînă cînd aproape toată grosimea epiteliului este înlocuită cu celule atipice.

A doua categorie de procese întîlnite pînă la apariția neoplaziilor maligne o constituie **stările precanceroase cum ar fi**:

- displazie – ușoară, moderată, severă;
- leucoplazie cu atipie;
- eritroplazie;
- adenomatoză.

Displazia este o dereglare a procesului de maturizare și de diferențiere a epiteliului pavimentos pluristratificat și arată gradul de transformare atipică a epiteliului. Displaziile se pot opri într-un anumit stadiu, dar dacă factorii de influență nefastă persistă, ele pot evolua transformîndu-se în Ca in situ, **al III-lea grup al patologiilor de col – neoplaziile.**

În acest stadiu de Ca in situ, membrana bazală este intactă. Carcinomul in situ poate rămîne în acest stadiu 5-10 ani, rupînd apoi membrana bazală și transformîndu-se în cancer invaziv. Din acest moment, cancerul de col devine o boală de sistem.

Cel mai des, cancerul de col se prezintă sub formă de carcinom epitelial pavimentos. Punctul cheie îl prezintă joncțiunea scuamocilin-

drică. La acest nivel încep procesele de transformare celulară fiziologică, dar sub influența anumitor factori pot apărea transformări atipice.

Clasificarea histologicală a proceselor de col, Geneva, OMS, 1988:

A. Procese benigne

Papilomul pavimentos (papilomul epidermoid)

B. 1. Displaziile și CA in situ

1. Displazie:
a) ușoară;
b) moderată;
c) severă.
2. Ca in situ
3. Ca in situ, cu suspecții de invazie în stromă

B. 2. Tumori maligne

1. Cancer pavimentos:
a) cu cheratinizare;
b) macrocelular, fără cheratinizare;
c) microcelular, fără cheratinizare.
2. Adenocarcinomul endocervixului
3. Adenocarcinomul endometriului
4. Adenocarcinomul mezonefroidului
5. Cancer adenoidochistic
6. Cancer slab diferențiat
7. Cancer glandular pavimentos

C. Tumori neepiteliale

Tumori benigne:
leiomioma
Tumori maligne:
rabdisarcoma embrională;
leiomiosarcoma.

Majoritatea clinicienilor și a morfologilor utilizează clasificarea lui Richart (1968) – **neoplazii intraepiteliale cervicale – CIN.**

Stabilirea stadiului cancerului

Stadiul 0 – carcinom in situ, leziunea neoplastică nu depășește membrana bazală.

Tratament chirurgical – amputație de col, conizație, histerectomie totală simplă.

Stadiul I – carinomul nu se extinde în afara colului.

IA1 – cancer invaziv depistat microscopic. Grosimea stratului afectat este de 3 mm, iar suprafața este mai mică de 7 mm.

Tratament – LEEP. Histerectomie.

Stadiul IA2 – grosimea stratului afectat este de 3-5 mm, suprafața >7mm. Tratament – histerectomie + nodulii limfatici.

Stadiul IB – afecțiune vizibilă ori preclinică mai largă decît în stadiul A, dar nu se extinde în afara cervixului.

IB1, leziuni vizibile pînă la 4mm.

IB2, leziuni vizibile > 4mm.

Tratament – limfadenocolpohisterectomie lărgită de tipul Wertheim=Piver II; histerectomie radicală=Piver III; iradiere primară.

Stadiul II – cancerul se extinde de pe col, dar nu ajunge la pereții bazinului.

Stadiul II A – se extinde pe 2/3 din pereții vaginului, neajungînd la parametru. Tratament chirurgical – Piver III – iradiere.

Stadiul II B – afectează 2/3, neajungînd la peretele pelvian. Tratament – iradiere.

Stadiul III – carcinomul ajunge pînă la peretele pelvian și invadează o treime din partea inferioară a vaginei. Tratament – iradiere primară; posibil chimioterapie + iradiere.

Stadiul III A – invadează treimea inferioară a vaginei.

Stadiul III B – se extinde pe întreg parametrul, pînă la peretele pelvian.

Prezența hydronefrozei sau a rinichiului „mut“ face parte din stadiul III B.

Stadiul IV – neoplasmul cuprinde vezica urinară, rectul și alte organe.

Stadiul IV A – invazie în vezica urinară și în rect.

Stadiul IV B – metastaze la distanță.

Tratament paleativ

Incidența adenocarcinomului a crescut de la 5% la 21% din cauza răspîndirii infecției cu VPU.

Pronosticul este mai nefavorabil.

Stadiul tratamentului chirurgical.

Tumoare exofită-chirurgical – iradiere.

CAPITOLUL XII

Menopauza

Conform definiției OMS, menopauza este sistarea spontană a menstruației pe parcursul a 12 luni.

Perioada de tranziție pînă la menopauza, care durează circa 4 ani, se numește *premenopauză*. În această perioadă majoritatea femeilor au manifestări clinice: creștere ponderală, schimbări în frecvența ciclului menstrual (la început, mai scurte), fapt care se datorează scurtării fazei foliculare, faza luetinică este ca la femeile tinere. Secreția de estrogeni (estradiol) este scăzută, dar nu severă. HFS este crescut în faza foliculară, HL fiind ca la femeile tinere. CM devin mai lungi, neregulate și se datorează maturării neregulate a foliculilor cu sau fără ovulare. În această perioadă sînt posibile metroragii disfuncționale, menoragii, schimbări psihoemoționale și vegetative cauzate de secreția joasă de estrogen.

Postmenopauza este perioada de după menopauză, adică acea de lipsă permanentă a menstruației și începe peste 1 an după ultima menstruație.

Perimenopauza este perioada ce include premenopauza și postmenopauza. În primii cîțiva ani, este caracterizată prin scăderea treptată a secreției hormonilor sexuali.

Menopauza survine în mod natural la 51 de ani ± 2 ani. Dacă menopauza apare mai devreme de 40 de ani, ea este considerată prematură. Menopauza prematură poate surveni la orice vîrstă și este caracterizată prin epuizarea foliculilor primordiali în ovare, nivel sporit de HFS și HL. Femeile cu menopauză prematură fac parte din grupul de risc pentru osteoporoză, maladii cardiovasculare.

Ovogeneza embrionului uman începe în a doua săptămînă de gestație. Ovarele fătului conțin circa 7 mln. de ovogonii la 20 de săptămîni de gestație, iar la naștere – doar 2 mln de ovocite și doar 300.000 la începutul pubertății. Pe parcursul perioadei fertile, se maturizează circa 400 de ovocite, restul suferind un proces de atrezie. Micșorarea numărului foliculilor primordiali începe mai rapid, după un anumit prag de vîrstă, în jur de 37 de ani. Se reduce numărul de foliculi în ovare, ajungînd pînă la 25.000.

Menopauza chirurgicală apare după ovaroectomie bilaterală, cu sau fără histerectomie, radio- sau chimioterapie.

Menopauza, indiferent de vîrstă, este caracterizată prin epuizarea foliculilor primordiali în ovare, nivel sporit de HFS și HL, ca rezultat al lipsei reacției de răspuns din partea ovocitelor rămase în

ovare. Nivelurile circulante de hormoni, estrogen și progeseron sînt scăzute, secreția de androgeni se modifică: androstendionul scade cu circa 50% față de cel al femeilor tinere; testosteronul este relativ mărit din cauza producerii permanente a lui în teaca ovariană și a producerii periferice. Hiperandrogenia relativă existentă cauzează apariția semnelor de virilizare.

Nivelul scăzut de estrogeni duce la apariția altor simptome.

Simptome ale menopauzei

Manifestări precoce ale menopauzei

Menstruația devine mai scurtă sau se reține cu cîteva luni, durata și periodicitatea devine diferită; fluxul menstrual crește ușor.

Bufeurile și transpirațiile nocturne apar la 80% dintre femei avînd intensitate variabilă, iar la 30-40% dintre ele, fiind greu de suportat. Se pot asocia cu palpitații, amețeli, transpirații, vasodilatare cutanată. Aceste manifestări apar ca rezultat al acțiunii sistemului simpatic, declanșate de sistemul central de termoreglare, care scade temperatura organismului.

Durata unui episod fiind de 2-10 min., frecvența episoadelor variază de la 1-2 pe oră pînă la 1-2 pe săptămînă, cel mai des fiind de 8-10 ori pe zi.

Schimbările de comportament cauzate de bufeuri se manifestă prin necesitatea de a se afla într-un mediu rece.

Dereglările de somn pot fi prezente adesea, dar nu în exclusivitate.

Alte manifestări generale care pot fi prezente: greață, vomă, anorexie, constipație, diaree, artralgii.

Schimbările neuropsihice, cum ar fi nervozitatea, anxietatea, depresia, scăderea memoriei, diminuarea capacitații de concentrație, sînt asociate cu menopauza. Depresia la femeile de vîrstă înaintată nu trebuie asociată doar cu menopauza. În prezent, nu există dovezi în acest sens, deși timp îndelungat menopauza era asociată cu nebunia. La baza apariției depresiei în aceasta perioadă se află, înainte de toate, factorii sociali, culturali și economici.

Simptome timpurii

Scăderea libidoului poate fi explicată prin deficitul de androgeni în organism, care scade atracția și necesitatea sexuală. Din cauza schimbărilor atrofice ale mucoasei vaginale, se întîlnește des dispareunia. O altă problemă poate fi lipsa sau întîrzierea orgasmului care, de fapt, este scopul actului sexual. Dacă femeia nu cunoaște orgasmul, nici nu mai dorește să facă coitus. Pierderea libidoului poate fi cauzată și de oboseală, indispoziție, lipsă de energie, stare socială

nefavorabilă. Dereglările sexuale sînt diagnosticate doar în baza istoricului, cu condiția că medicul va crea o atmosferă prielnică pentru discuție, nu va pune întrebări indiscrete, va garanta confidențialitatea discuției.

Simptomele genitourinare fac parte din manifestările timpurii ale menopauzei. Deficitul de estrogeni provoacă atrofierea mucoasei vaginului, a uretrei și a vezicii urinare, schimbarea patului capilar – toate fiind urmate de rupturi capilare, sîngerări. Schimbarea epiteliului vaginului, dereglările de biocenoză creează teren propice pentru invazia bacteriană și provoacă astfel vaginite atrofice.

Colul uterin scade în dimensiuni o dată cu scăderea secreției de mucus cervical.

Atrofia uterului este benefică pentru organism, deoarece reduce riscul proceselor hiperplastice (leiomiom, adenomiză, endometrioză).

Structurile de susținere a aparatului genital își pierd tonusul pe măsură ce nivelul estrogenilor scade, favorizînd, astfel, scăderea tonusului planșeului pelvian și prolapsul genital.

Tractul urinar. Estrogenii au un rol important în menținerea troficității epiteliului uretrei, a vezicii urinare. Atrofia epiteliului duce la apariția cistitei atrofice, incontinenței urinare, polakiuriei, disuriei.

Glandele mamare

Se atrofiază țesutul glandular, iar sînul se micșorează.

Din cauza deficitului de estrogen, *pielea* și *tegumentele* se atrofiază, pierzîndu-și tonusul și elasticitatea de odinioară, unghiile se fărîmițează, cade părul. Aceste fenomene sînt rezultatul hipoestrogeniei.

Simptome tardive

Pe parcursul vieții există un echilibru între procesul de acumulare osoasă și resorbția osoasă. 80% din masa osoasă este acumulată în zonele corticale (compacte), care se modifică anual cu circa 10%, iar cel trabecular – cu 40%.

La femei, masa osoasă maximă se atinge aproximativ la 35 ani, după care predomină procesele de resorbție, pierderea anuală de masă osoasă fiind de circa ,01%, iar în perioada de menopauză ajungînd la 2-3%/an. Astfel, la vîrsta de 80 ani, femeia pierde circa 30% din masa osoasă totală. O dietă echilibrată ce conține 1,0 g-1,5 g calciu pe zi ar reduce riscul pierderilor osoase.

Nivelul de Ca în sînge este determinat de parathormon și de calcitonină. Calcitonina, hormon al glandei tiroide, micșorează procesul de resorbție osoasă. Parathormonul, produs de glanda parateroidă are efect osteolitic și este antagonistul calcitoninei. În normă,

estrogenii stimulează procesul de eliberare a calcitoninei, procesele de remodelare a oaselor. Insuficiența de estogeni duce la scăderea nivelului de calcitonină, în urma căreia apare demineralizarea oaselor – osteoporoza, care este o afecțiune caracterizată prin reducerea structurii osoase, fără modificări în compoziția chimică a osului. Deficitul osos începe la nivelul osului trabecular și se vede la nivelul vertebrelor, la extremitățile distale ale radiusului. Osteoporoza de tip I este un fenomen care accelerează rapid în menopauză, în special la femeile care au suferit de anexectomie.

Osteoporoza de tip II, întîlnită atît la femei, cît și la bărbați, afectează oasele trabeculare și cele corticale.

Mecanismul producerii osteoporozei. Monocitele conțin receptori de colagen care le permite aderarea la os. După aderare, monocitele eliberează interlikina-I și citochinine care stimulează activitatea osteoblastelor.

Estrogenii ovarieni și terapia hormonală de substituție împiedică instalarea osteoporozei prin trei acțiuni importante:

• Inhibă eliberarea de interlichină-I de către monocite;
• Blochează direct activitatea osteoclastelor;
• Stimulează direct activitatea osteoblastelor.

Testul care determină prezența osteoporozei, se numește *densitometrie osoasă.*

Osteoporoza este însoțita, mai tîrziu, de fracturi osoase, în special, ale colului femurului, vertebrelor.

Sistemul cardiovascular. Majoritatea studiilor au arătat rolul protector al estrogenilor asupra endoteliului vaselor. Estrogenii împiedică, indirect, apariția bolii coronariene, micșorînd lipidele circulante (influențează metabolismul hepatic al lipidelor, determinînd creșterea LCD și reducînd LCDJ și colesterolul total).

Estrogenii acționează pe cale directă asupra endoteliului vaselor. Este indusă producerea oxidului nitric (NO), care sporește producerea de guanizin monofosfat ciclic la nivelul peretelui arterial, fiind responsabil de dilatarea vaselor. NO inhibă aderarea trombocitelor și a macrofagelor la endoteliul arterial.

Efectul protector este mai mare la femeile cu factori de risc cardiovascular (fumatul, obezitatea HTA).

Monitorizarea pacientelor și tratamentul hormonal de substituție (THS) includ:

• anamneza generală;
• anamneza heredo-colaterală;

- examen clinic general;
- obligatoriu, măsurarea TA;
- analiza generală a sîngelui cu coagulograma;
- parametrii biochimici (la necesitate), trigliceride, colesterolul LCDJ;
- examenul clinic al glandei mamare, mamografia, ecografia glandei mamare;
- examenul pelvian obligatoriu;
- testul citologic;
- biopsia endometrului (la necesitate);
- densitometria osoasă;
- consilierea pacientei (informații despre menopauză, regim de muncă și odihnă, THS);
- calendarul modificărilor ce au loc în organism, cu și fără tratament.

Tratament

Atît timp cît funcția ovariană este păstrată și se mențin sîngerările vaginale spontane, nu este recomandabil să administrați tratament. Principiile de tratament în perioada climacterică includ:

- îngrijiri generale de sănătate;
- regim de muncă și odihnă (durata somnului nu va fi mai scurtă de 8 ore noaptea);
- gimnastică, plimbări în aer liber, mai ales înainte de somn;
- regim alimentar bine calculat (se scade consumul de grăsimi animaliere, rația alimentară va fi bogată în uleiuri vegetale, vitamine, în special, A, E, D, minerale, mai ales Ca, P, Mg, Zn, produsele de soia);
- consiliere psihologică la necesitate;
- suport psihologic din partea familiei;
- consultul specialiștilor de profil, la necesitate (psihoneurolog, cardiolog, urolog);
- tratamentul adecvat al maladiilor cronice;
- administrarea suplimentelor de vitamine și de minerale;
- fitoterapie cu estrogeni naturali din plante, cum ar fi infuzia de hamei, de valeriană, ulei de in și primulă, administrat cîte 20 pic/zi;
- la necesitate, tratament hormonal de substituție.

Beneficiile THS

- Beneficiile pe termen scurt ale THS includ controlul asupra simptomelor menopauzei: bufeurile și transpirațiile (inclusiv, cele nocturne), cefaleea, simptomele urinare și vaginale, dereglările de dispoziție, pierderea libidoului, subțierea pielii, fărîmițarea unghiilor, căderea parului și durerile generalizate.
- Beneficiul pe termen lung al THS constă în descreșterea riscului de osteoporoză.
- Prevenirea osteoporozei: terapia cu estrogeni în doze suficiente este efectivă în prevenirea osteoporozei. Estrogenii în cadrul THS rebalansează procesele de osteoblastoză și osteoclazie și conduc la sistarea osteoporozei. Această protecție se menține pe durata THS și încetează o dată cu stoparea THS. Anumite ameliorări pentru oase pot fi obținute chiar în primele 18-24 luni de THS. Efectul protector pentru oase e probabil dependent de doze. Există unele dovezi precum că derivatele de 19-nortestosteron pot să crească efectele pozitive ale estrogenilor asupra oaselor. Unele studii epidemiologice mai recente sugerează că pentru ca THS să fie eficient în prevenirea fracturii articulației femurale, el trebuie administrat pe o durata indefinită, de-a lungul vieții. Tibolona, un hormon sintetic cu activitate estrogenică, progesteronică și androgenică este, de asemenea, protector pentru oase.
- Actualmente, există suficiente dovezi pentru beneficiile sau daunele THS în prevenirea primară a patologiei arterei coronariene la femeile menopauzale și postmenopauzale. Mai multe studii au probat efectele cardiovasculare favorabile ale THS la femeile sănătoase. Alte cercetări, însă, n-au găsit beneficii atît de mari.
- THS nu trebuie administrată pentru prevenirea bolii ischemice a cordului la femeile cu patologie stabilită a arterei coronariene, din cauza lipsei de eficacitate documentată și, posibil, exces de mortalitate precoce. Studiile efectuate au demonstrat că THS nu previne progresul patologiei cardiovasculare, dar poate spori riscurile ei.
- Utilizarea pe termen scurt (cîțiva ani) poate să nu sporească semnificativ incidența cancerului mamar. Administrarea pe termen lung > 5 ani a THS poate spori rata cancerului cu 2,3 %, la fiecare an de utilizare.
- Riscul de cancer endometrial este mai mare la femeile care utilizează estrogeni în regim continuu, fără progestative, ciclic sau continuu, în funcție de tipul de terapie ales pentru pacienta dată.

Pentru a prescrie un THS, pacienta va consulta ginecologul. Tipul și regimul hormonal va fi ales conform prescripției medicului-ginecolog.

Nu uitați! La femeile aflate în menopauză, incontinența urinei și cistitele frecvente sînt de cele mai dese ori o consecință a deficienței de estrogeni în organism. Trimiteți aceste femei pentru consultație la medicul-ginecolog. El le va prescrie tratament specific cu hormoni, care acționează local (cum ar fi estriolul). Astfel de preparate nu provoacă proliferare în alte țesuturi.

Riscurile THS

- Riscurile potențiale ale THS trebuie apreciate în raport cu beneficiile.
- Riscurile potențiale ale administrării cronice de estrogeni sînt: cancerul mamar, cancerul endometrial și tromboembolia venelor. Efectele adverse ale estrogenilor și ale progesteronului, cum ar fi creșterea coagulabilității, tensiunea glandelor mamare și hemoragia de privațiune la femeile cu terapie ciclică, pot fi percepute ca riscuri numai de către unele femei.

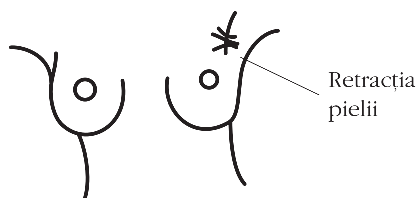
Anexă

Riscul de cancer al glandei mamare face parte din viața fiecărei femei!

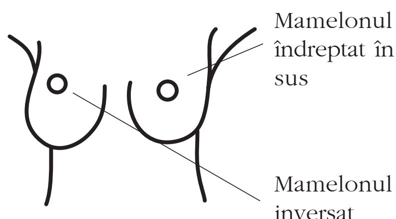
Autoexaminarea glandei mamare: *fă-o lunar!*

Catedra Medicina de Familie
Asociația Medicilor de Familie din Republica Moldova

Schimbarea formei sînului



Schimbarea mamelonului



Schimbarea structurii pielii

Cancerul glandei mamare poate provoca eritem, descuamare, edemațiere în formă de **"*coajă de lămîie*"**

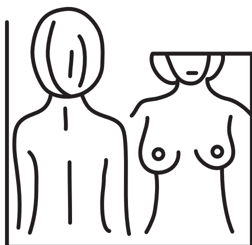
DACĂ AȚI DEPISTAT CEVA

Dacă ați simțit ceva ieșit din comun la sînul dumneavoastră, controlați același sector la celălalt sîn. Sînii sînt simetrici și dacă în partea opusă simțiți la fel, acesta este, probabil, un fenomen normal.

Dacă simțiți ceva *diferit,* mergeți la medic pentru o consultație. Majoritatea nodulilor nu sînt canceroși, dar toți nodulii trebuie să fie verificați de către un medic.

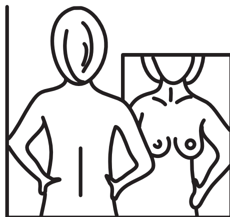
9 PAȘI PENTRU UN EXAMEN VIZUAL EFECTIV

Mîinile lăsate în jos, în părți



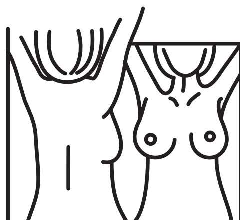
1. Sați în fața unei oglinzi la 2-3 pași cu mîinile lăsate de-a lungul corpului.
2. Priviți frontal, apoi întoarceți-vă să vă verificați din profil.
3. Întoarceți-vă și verificați din nou profilul din dreapta.

Mîinile pe șolduri, înclinat înainte



4. Apăsați ferm cu mîinile pe șolduri și examinați sînii.
5. Priviți frontal.
6. Întoarceți-vă și verificați-nă din profil, în dreapta și în stînga.

Ridicați mîinile de pe șolduri și întindeți-le în sus

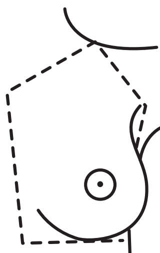


7. Ridicați mîinile sus și aplecați-vă încet înainte, îndoindu-vă din șolduri.
8. Priviți frontal.
9. Întoarceți-vă și priviți în profil, în dreapta și stînga.

Autoexaminarea glandei mamare

Veți învăța să depistați noduli în sînii dumneavoastră, folosind presiune de diferită intensitate – ușoară, medie și profundă. Această metodă este ușor de realizat. Verificarea ambilor sîni durează aproximativ zece minute.

Trebuie examinată suprafața cuprinsă între:



- Partea superioară a claviculei
- Mijlocul cutiei toracice
- Subsuoara
- Partea inferioară a sînului

TEHNICI DE BAZĂ

- **Mențineți degetele mîinii drepte**.

Folosiți vîrfurile a trei degete mijlocii.



- **Marcați trei cercuri mici.**

Rețineți-vă la fiecare porțiune examinată. Mișcați vîrfurile degetelor în trei cercuri mici.

- **Folosiți trei grade de presiune la fiecare porțiune și la vîrfurile degetelor.**

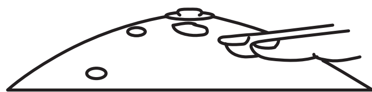
Apăsați ușor la primul cerc desemnat.

Aceasta vă ajută să depistați noduli sub suprafața pielii.



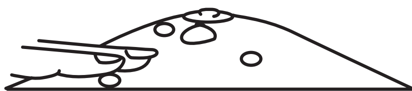
Folosiți presiune medie pentru al doilea cerc.

Apăsați cu vîrfurile degetelor în jumătate din adîncimea sînului. Mențineți degetele drepte.



Folosiți presiune pronunțată la al treilea cerc.

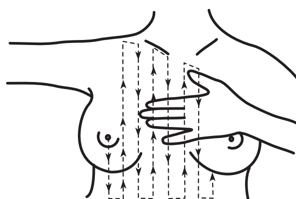
Apăsați puternic, dar nu într-atît încît să vă vătămați. Ați putea să vă simțiți coastele la acest grad de presiune.



- Culcați-vă pe spate pe o suprafață plană.
- Întoarceți-vă pe o parte cu genunchii îndoiți.
- Îndreptați umărul înapoi înspre podea.
- Puneți mîna după creștet.
- Plasați o pernuță sau un ștergar sub spate.
- Plasați sînul pe centru.

MODELE DE CĂUTARE

- Folosiți trei presiuni diferite la fiecare cerc.
- Începeți din partea superioară, de la subsuoară. Mișcați-vă în jos și în sus pe sîn, în linii drepte, din ambele părți.
- La sfîrșitul fiecărei linii deplasați-vă de un deget și începeți următoarea linie.
- Mergeți pe toată suprafața sînului în sus pînă la claviculă și în jos pînă la linia inferioară a sutienului.



- Cînd ajungeți la mamelon, menținînd degetele pe loc, întoarceți-vă în poziția culcat pe spate.
- Întindeți în afară, mîna din partea în care efectuați controlul la nivel cu umărul.
- Continuați liniile. Mișcați-vă medial pînă ajungeți la mijlocul cutiei toracice.
- Marcați 2 sau 3 linii orizontale deasupra claviculei. Examinați mai sus și mai jos de claviculă.

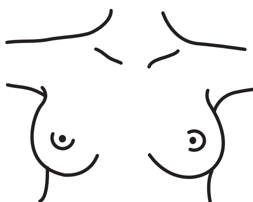
CÎND TREBUIE EFECUATĂ AUTOEXAMINAREA GLANDEI MAMARE ?

- *În fiecare lună, la 5-7 zile după prima zi de menstruație.*



CE TREBUIE SĂ CAUT ?

Schimbarea dimensiunilor și structurii sînului



Schimbarea dimensiunilor și structurii sînului

Bibliografie

1. Aldo Campana, Horga Mihai, Ludicke Frank, Boris Gîlca, *Manual de planificare familială*, Chișinău, 2002.
2. Algranati Paula S., Schneiderman Henry, Willlms Janice L., *Physical diagnosis beside evaluation of diagnosis and function*, Williams&Wilkins Awalery Company, 1994.
3. Ancar Virgiliu, Ionescu Cringu, *Ginecologie,* România, 1999.
4. *Avort fără riscuri: recomandări pentru sistemele de ocrotire a sănătății în probleme de strategie și practică.* OMS, Geneva, 2004.
5. Baltag Valentina, Bologan Ion, *Aspectele medicale ale menopauzei*, Chișinău, 2003.
6. Bates Barbara, *A guide to Physical Examination and History Taking*, GB Lippincott Company, Philadelphia, 1991.
7. Bivol Grigore, *Ghid practic al medicului de familie*, Chisinău, 2003.
8. Blackburn Richard, Geller Judith S., Hartcher Robert A., Rinehart Ward, *The essentials of contraceptive technology*, USA, 1997.
9. Blumenthal Paul, *Atlas for unaided visual inspection of cervix*, JHPIEGO Corporation, 1997.
10. *Breast Cancer in Women*, SIGN Publication, ISBB 1899893 41 5, nr.29,1998.
11. Carlos M. Huezo, Charles S. Carignan, *Ghidul serviciilor de planificare familială*, Chișinău, 2002.
12. *Contracepția și avortul în Republica Moldova*. Document de prezentare generală pentru evaluarea strategică a politicii, problemelor calității și accesibilității serviciilor de reglementare a fertilității în Republica Moldova, Chișinău, 2005.
13. *Counceling skills training in adolescents sexuality and reproductive health*, WHO, Geneva, 1993.
14. *Epidemeologia sănătății reproducerii*,Centrul de Control al Maladiilor, Atlanta, 1998.
15. Forsea Dan, *Boli cu transmitere sexuală*, România, 2001.
16. Frisch Melvin, *Stay cool through menopause*, New York, M.D.
17. Hernadi Z., *Gynaecological cancer detection, prevention and treatment*, Hungray, 1999.
18. Hopkins Johns, *Contracepția. Ghid practic,* Programul de Informare a Populației, Chișinău, 2003.
19. Joura Elmar A., *Cervical cancer*, Austria, University of Vienna, 2003.
20. McMillan, *The management of difficult anogenital warts*, Edinburgh, 1999.
21. Polaneczky Margaret, *Hormonal contraception*, New York, 2003.
22. Polaneczky Margaret, *Managing the menopause in the post*, New York, 2003.
23. Stander Bjorn, *Cervical cancer screening*, Sweden, Karlscruna, 2002.

24. WHO, *Guide for the management of sexually transmitted infections*, 2002.

25. WHO, *Women and sexually transmitted infections*, 2000.

26. Блументал Пол Д., Макинтош Ноел, *Краткое руководство по репродуктивному здоровию и контрацепции*, США, 1996-1998.

27. *Достижение репродуктивного здоровья для всех*. WHO, 1995-1996.

28. *Европейское руководство по лечению заболеваний передаваемых половым путем* под редакцией Кейт Рэдклиф, Пресс агентство, том 12, 2001.

29. *Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы*, под редакцией профессора Прилепской В.Н., Москва, 2003.

30. Кожуховская Т. Ю., Кротин П. Н., Таенкова Н. А., *Репродуктивное поведение и контрацептивный выбор подростков и молодежи*, Русский Медицинский Журнал (РМЖ), том 12, №5, 2004.

31. Макацария А. Д., Саидова Р. А., *Выбор методов контрацепции в группах риска*, РМЖ, том 9, №6, 2000.

32. *Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам* под редакцией Джин П. Андерсон. ЮСАЙД/АЙХА, 2003.

33. Савельева И. С., *Контрацептивные услуги для женщин после аборта*, РМЖ, том 10, №18, 2002.

34. Саидова Р. А., *Современные барьерные контрацептивы*, Русский Медицинский Журнал (РМЖ), том 8, №4, 2000.

35. Саидова Р. А., *Современные контрацептивы,* РМЖ, том 8, №11, 2000.

36. Сметник В.П., *Климактерические расстройства и принципы заместительной гормональной терапии*, Москва, 2001.

37. Уварова Е. В., *Современные контрацептивные мероприятия с точки зрения надежности защиты репродуктивной системы сексуально активных подростков*, РМЖ, том 10, № 15, 2002.

38. Хэтчер Роберт А., *Руководство по контрацепции*, Нью-Иорк, 1994.

Imprimare la Tipogrfia „BALACRON“
Chișinău, str. Calea Ieșilor nr. 10
Com. nr.